

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA
LAPARO-ÉLYTROTOMIE
THÈSE

Présentée à la Faculté de Médecine de Nancy et soutenue publiquement le samedi 23 avril 1887, à 3 h. du soir

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALEXANDRE S. CLARKE

De Brooklyn (New-York)

DOCTEUR EN MÉDECINE DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE NEW-YORK (1876)

ANCIEN INTERNE DU « WOMANS HOSPITAL » DE NEW-YORK (1876-1877)

ANCIEN ASSISTANT DES PROFESSEURS SKENE, DE BROOKLYN (1879-1881)

ET GAILLARD THOMAS, DE NEW-YORK (1882-1885)

EX-CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-JEAN, DE BROOKLYN (1882-1885)

NANCY

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C^{ie}

11, RUE JEAN-LAMOUR, 11

1887



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555011_0062

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA
LAPARO-ÉLYTROTOMIE
THÈSE

Présentée à la Faculté de Médecine de Nancy et soutenue publiquement le samedi 23 avril 1887, à 3 h. du soir

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALEXANDRE S. CLARKE

De Brooklyn (New-York)

DOCTEUR EN MÉDECINE DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE NEW-YORK (1876)

ANCIEN INTERNE DU « WOMANS HOSPITAL » DE NEW-YORK (1876-1877)

ANCIEN ASSISTANT DES PROFESSEURS SKENE, DE BROOKLYN (1879-1881)

ET GAILLARD THOMAS, DE NEW-YORK (1882-1885)

EX-CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-JEAN, DE BROOKLYN (1882-1885)

NANCY

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C^{ie}

11, RUE JEAN-LAMOUR, 11

—
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen, M. TOURDES O✱.

Doyen honoraire, M. STOLTZ C✱.

Professeurs honoraires, MM. STOLTZ C✱, V. PARISOT ✱, HERRGOTT, ✱.

ROUSSEL ✱, DEMANGE ✱, BÉCHET.

Médecine légale	M. TOURDES O✱, profess.
Thérapeutique.	M. COZE ✱, professeur.
Pathologie génér. et Pathologie interne.	M. HECHT, professeur.
Physiologie	M. BEAUNIS ✱, profess.
Anatomie et Physiologie pathologiques.	M. FELTZ ✱, professeur.
Clinique interne	M. BERNHEIM, professeur.
Clinique externe.	M. GROSS, professeur.
Physique	M. CHARPENTIER, profess.
Anatomie descriptive	M. LALLEMENT, profess.
Hygiène	M. POINCARÉ ✱, profess.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, professeur.
Clinique externe.	M. HEYDENREICH, profess.
Pathologie externe.	M. WEISS, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie. . . .	M. GARNIER, professeur.
Clinique interne	M. SPILLMANN, profess.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, profess. M. E. PARISOT, prof. adj.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	M. N. . . , professeur.
Histologie.	M. N. . . , professeur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. E. DEMANGE.	MM. BAGNÉRIS.	MM. RENÉ.
SCHMITT.	MACÉ.	VAUTRIN.
ROHMER.	GUÉRIN.	SIMON.
BARABAN.	NICOLAS.	REMY.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

MM. A. HERRGOTT, Président ; GROSS, BARABAN, REMY.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON EXCELLENT MAITRE ET AMI

M. le professeur GAILLARD THOMAS, de New-York

Hommage affectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur A. HERRGOTT.

A Monsieur le Professeur SPILLMANN.

A Monsieur le Professeur GROSS.

A Messieurs les Professeurs de la Faculté de Nancy.

INTRODUCTION

Nous avons choisi, pour sujet de notre thèse inaugurale, l'étude d'une opération qui, bien que conçue au commencement de ce siècle, mais non consacrée par le succès en Europe, fut inventée à nouveau, si nous pouvons nous exprimer ainsi, il y a dix-sept ans, par notre excellent maître et ami, M. le professeur Gaillard Thomas, dont nous fûmes le premier assistant, de 1882 à 1885, au Collège des médecins et chirurgiens de New-York.

Cette opération n'a pas eu, malgré une publicité suffisante, la faveur des chirurgiens de l'Europe, et elle en est encore à réclamer ses lettres de naturalisation à la science obstétricale de l'ancien continent, ainsi que ses droits à une critique impartiale et à une expérimentation dont nous la croyons digne.

Quand, dans le cas de rétrécissement du bassin, l'accoucheur est obligé d'intervenir, il a une double tâche à remplir : sauver l'enfant, sauver la mère. Sauver ces deux existences est un idéal de perfection qu'on ne peut toujours atteindre, mais dont on doit s'efforcer d'approcher.

Par la céphalotripsie et l'embryotomie, on diminue sans doute la mortalité pour les mères, mais tous les

enfants sont impitoyablement sacrifiés. Par l'opération césarienne et l'opération de Porro, on sauve bien des enfants, mais souvent au prix des existences si précieuses des mères. Par l'opération de Sãnger (section césarienne modifiée), on a obtenu, il est vrai, dans ces dernières années, des résultats positivement meilleurs, ainsi que nous l'établirons plus loin. Cependant, nous croyons que cette dernière opération n'est pas l'expression unique de l'intervention obstétricale heureuse, dans les cas d'angustie pelvienne, et que la laparo-élytrotomie a sur elle l'avantage de ne presque pas modifier les conditions de l'extraction de l'enfant hors de l'utérus et de respecter le péritoine.

C'est donc la laparo-élytrotomie que nous envisageons comme répondant le mieux au but suprême qu'il faut rechercher : sauver l'enfant, sans compromettre l'existence de la mère.

Notre tâche sera de démontrer, dans ce travail, que la laparo-élytrotomie est une opération de choix, destinée à remplacer les opérations de nécessité, meurtrières pour le fœtus ou pour la mère, ou pour les deux à la fois. A la démonstration de cette vérité concourront quelques faits, rares encore, qu'il ne tiendra qu'aux obstétriciens d'Europe de multiplier, si, comme nous, ils arrivent à se pénétrer des avantages réels de la laparo-élytrotomie.

DIVISION ET PLAN DU SUJET

Après avoir relaté l'histoire de cette opération, nous donnerons les observations de laparo-élytrotomie divisées en trois séries : la première concernant les opérations faites sur le cadavre; la seconde, les opérations faites dans de mauvaises conditions et dont les suites fâcheuses ne peuvent être imputées à l'opération elle-même; la troisième série, contenant les opérations faites dans de bonnes conditions et qui ont toutes été suivies de succès.

Ceci établi, nous tirerons de l'analyse des faits observés, ainsi que de quelques travaux particuliers, les considérations anatomiques et le manuel opératoire de la laparo-élytrotomie.

Puis, nous déduirons de l'histoire des opérations et de leurs suites les considérations cliniques qui s'y rapportent, et nous montrerons, par la comparaison de la laparo-élytrotomie avec les autres méthodes qui tendent à sauver l'enfant, que cette opération est digne de prendre rang parmi celles qui ont la faveur des obstétriciens actuels.

HISTORIQUE

La laparo-élytrotomie (λαπάρα, flancs ; ἑλυτρον, vagin ; τομή, incision) est une opération qui ne peut guère être définie que par sa description sommaire. Elle consiste d'abord dans une incision faite dans un des flancs, au-dessus du pli de l'aîne, intéressant les plans cutané, cellulo-adipeux, musculaires et aponévrotiques de la paroi abdominale et s'arrêtant au péritoine. Celui-ci est ensuite décollé de la fosse iliaque pour permettre au chirurgien d'arriver sur la partie supérieure du vagin, dont l'incision près de son insertion cervicale donne à la main de l'accoucheur le moyen d'arriver dans le col utérin dilaté par le travail de l'accouchement, en suivant une voie détournée qui est substituée, pour la délivrance de l'enfant, à la voie naturelle obstruée ou rétrécie.

A une époque où la lutte était vive entre les partisans de l'opération césarienne et ses détracteurs, où la symphyséotomie, préconisée en 1773 par Sigault, était tombée en complète défaveur, Jörg, en 1806, conçut, le premier, l'idée de la laparo-élytrotomie ; le procédé consistait en une incision de toute la paroi abdominale, y compris le péritoine, s'étendant de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à l'épine du pubis ; cette section

faite, on n'avait plus qu'à pratiquer une entaille dans la partie supérieure du vagin, agrandir cette ouverture, pénétrer avec la main dans le col utérin et extraire le fœtus par les pieds; mais Jörg n'essaya son procédé que sur le cadavre.

En 1820, Ritgen modifia la méthode de Jörg, en évitant l'incision du péritoine qu'il se contenta de décoller. C'est là la véritable gastro ou laparo-élytrotomie. Bien conçue comme procédé opératoire, la nouvelle méthode joua de malheur dès sa naissance. C'est ainsi que Ritgen, ayant tenté, en 1821, de faire la laparo-élytrotomie sur une femme vivante, rencontra des difficultés telles qu'il dut laisser cette opération inachevée et faire subir à la patiente l'opération césarienne, à la suite de laquelle elle ne tarda pas à succomber. De même, Baudelocque neveu, en 1823, fut effrayé des obstacles qu'il rencontra dans le cours d'une laparo-élytrotomie et se hâta de délivrer la femme par la section césarienne. Néanmoins, il eut le courage de faire une nouvelle tentative en 1844. Cette fois-ci il acheva l'opération, mais ayant eu le malheur de blesser l'artère iliaque externe, et ayant dû immédiatement lier ce vaisseau, il eut la malencontreuse idée de proposer de faire la ligature préalable de l'artère iliaque interne, avant d'aller plus avant dans la laparo-élytrotomie. On comprendra aisément que cette recommandation de Baudelocque n'était pas pour rassurer les accoucheurs ses contemporains; et comme aucun succès n'était enregistré par le défenseur de la laparo-élytrotomie, on préférerait recourir à l'opération césarienne plus facile, sinon moins meurtrière.

Aussi de 1844, époque où parut le dernier mémoire de Baudelocque sur cette question, jusqu'en 1870, il ne fut plus question de la laparo-élytrotomie. M. Tarnier¹ était sévère dans son appréciation de cette infortunée méthode opératoire. « Ces tentatives, dit-il, n'ont pas été heureuses; l'idée de ce procédé était cependant ingénieuse; car on y trouvait le double avantage d'éviter la lésion du péritoine et de l'utérus. Malheureusement, cette opération n'est guère réalisable; la déchirure du vagin, le décollement du péritoine, les dégâts qu'on produit nécessairement dans la fosse iliaque et dans l'excavation pelvienne, la difficulté de l'extraction du fœtus rendent l'élytrotomie encore plus redoutable que l'hystérectomie; aussi a-t-elle été complètement abandonnée. »

Rejetée en Europe, la laparo-élytrotomie devait renaître en Amérique et s'imposer, cette fois, par le succès.

Bien que Physick, de Philadelphie, eût, en 1822, proposé à son ami Horner un procédé opératoire analogue à celui de Ritgen, c'est à M. le professeur Gaillard Thomas, de New-York, que revient l'honneur d'avoir réhabilité la laparo-élytrotomie. Du reste, c'est à mon excellent maître qu'appartient, en quelque sorte, le mérite d'avoir *vulgarisé* cette opération en la réinventant. Il ignorait en effet complètement la tentative antérieure faite par Ritgen et Baudelocque. Voici ce qu'il dit, à ce propos, dans son mémoire lu, le 21 mars 1878, à

1. *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement*, p. 276. Paris, 1865.

l'Académie de médecine de New-York: « L'oubli absolu dans lequel était tombée la laparo-élytrotomie s'expliquera, lorsque j'aurai affirmé que, peu après que je l'eus entreprise sur le cadavre, je restai convaincu que l'idée de cette opération m'appartenait; j'en parlai à mes collègues de New-York qui partagèrent mon erreur jusqu'au jour où M. Noeggerath me fit part de ses souvenirs de l'opération faite par Ritgen. Ceci me donna l'idée de faire des recherches dans la littérature à ce sujet, et je découvris que d'autres avant moi avaient conçu l'idée de cette opération. »

M. Gaillard Thomas avait, comme Ritgen, fait d'abord l'opération sur le cadavre d'une femme morte au 9^e mois de sa grossesse, en février 1870; un mois plus tard, il la répéta sur une femme vivante, qui se mourait de pneumonie. Les cas de dystocie par rétrécissement du bassin sont très rares aux États-Unis; aussi les opérations de laparo-élytrotomie n'ont pas été faites en grand nombre de 1870 à 1885. Cependant M. Gaillard Thomas trouva des imitateurs en MM. Skene (opérations de 1872, 1875, 1877 et 1884), Gillette (opération de 1879) et Taylor (opération de 1883). M. Gaillard Thomas fit lui-même une seconde opération en 1877. Deux chirurgiens anglais ont également fait cette opération, Edis, de Londres, en novembre 1878, Hime, de Sheffield, en juillet 1878. Cela représente un total de 10 laparo-élytrotomies, dont 5 succès, faites à l'étranger.

Aussi la nouvelle opération de M. Gaillard Thomas fut-elle accueillie avec faveur par Kinkead, de Dublin (1880), par Garrigues, de New-York (1883), par Polk

(1884) et en général par tous les obstétriciens de New-York et de Brooklyn.

En France, la laparo-élytrotomie a été en 1877 l'objet d'une étude critique de la part de M. Budin, professeur agrégé à la Faculté de Paris, qui fit cette opération sur le cadavre, et conclut à la facilité de son exécution. L'année suivante, parut une thèse faite à Paris par Masson sous l'inspiration de M. Budin. Mais l'appel de MM. Budin et Masson est resté presque sans écho, et nous n'avons à enregistrer qu'une opération de laparo-élytrotomie faite en France, par J. Pouillet, de Lyon, en février 1885.

Nous croyons que, si la laparo-élytrotomie n'a pas reçu un accueil favorable en Europe, c'est que de 1870 à 1885 les faveurs des obstétriciens étaient soit pour l'embryotomie et la céphalotripsie, soit pour l'opération de Porro, soit pour la section césarienne avec suture séro-séreuse par la méthode de Säger, de Leipzig. Ce dernier accoucheur a, de concert avec son collègue Léopold, de Dresde, tellement diminué par ce procédé la mortalité des opérées, que nous comprenons que tous les accoucheurs d'Europe se proposent, comme M. le professeur Tarnier (cours de la Faculté de médecine de 1886), d'imiter ces opérateurs, réservant toute leur confiance pour la suture de l'utérus par la méthode de Säger, après l'opération césarienne, et se méfiant encore d'une opération qui a laissé, grâce aux insuccès de Ritgen et de Baudelocque, de déplorables souvenirs en Europe.

OBSERVATIONS

Nous ne pouvons mieux faire, pour commencer le fond même de notre sujet, que de relater les observations de laparo-élytrotomie qui ont été faites jusqu'à ce jour.

A cet effet, la lecture attentive des différents cas nous a suggéré l'idée de diviser les faits en trois séries.

Dans une première série nous avons groupé les opérations faites sur le cadavre; ces faits, bien que nuls au point de vue de la statistique, sont utiles en ce qu'ils renferment des renseignements intéressants pour la médecine opératoire de la laparo-élytrotomie.

Dans ce groupe figurent une opération de M. Gailard Thomas et une autre de M. Budin.

PREMIÈRE SÉRIE.

OBSERVATION I. — *Laparo-élytrotomie pratiquée sur le cadavre*
par le prof. G. Thomas.

Une jeune Irlandaise, multipare, âgée d'environ 30 ans, arrivée au terme de sa grossesse, mourut par suite de convulsions urémiques. C'est alors que le D^r Cushman m'en fit part, et, environ huit heures après le décès, je procédai, en février 1870, à l'extraction de l'enfant, par la laparo-élytrotomie, en présence des D^{rs} H.-B. Sands, J.-L. Brown, J.-B. Reynolds, Cushman et Morton.

Le corps étant étendu sur une table, j'introduisis ma main dans le vagin et, au bout de 15 minutes, je dilatai le col utérin de façon à pouvoir y introduire la main. Les membranes n'é-

taient pas rompues. Retirant la main du vagin, je pratiquai alors une incision au bistouri, dans l'épaisseur des parois abdominales, du côté droit, et s'étendant de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure, immédiatement au-dessus du ligament de Poupart. Ayant incisé les muscles, je décollai rapidement et aisément le péritoine avec les doigts, et arrivai bientôt au niveau du vagin à sa jonction avec le col. Le D^r Brown introduisit alors une large sonde en acier et souleva, par ce moyen, le vagin dans la plaie faite à la paroi abdominale. Je fis alors une incision au-dessus de la sonde ; l'ouverture élargie avec les doigts, la sonde fut retirée. J'introduisis un crochet dans le col, qui fut saisi par un des assistants, lequel attira cet organe vers la fosse iliaque pendant qu'un autre comprimait le fond utérin dans une direction opposée. Passant alors la main droite dans le col ouvert, je pus aisément saisir un pied, faire la version et extraire le fœtus.

L'opération se fit rapidement et sans le moindre accident. Tous les assistants remarquèrent que, si dès le début de l'opération, l'enfant avait été en vie, rien, pendant celle-ci, n'était survenu qui eût pu être préjudiciable à l'existence de ce dernier.

OBSERVATION II. — *Laparo-élytrotomie pratiquée sur le cadavre par M. Budin, professeur agrégé de Paris.*

Le 12 avril 1877, nous avons fait, à la Charité, en présence de nos amis MM. Darolles, Thévenot, Maunoury et de Sinéty, l'expérience suivante sur une femme enceinte qui avait, sans être accouchée, succombé à une hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta. Au toucher, on trouvait l'orifice utérin complètement dilaté ; une portion du placenta décollé descendait dans le vagin ; les membranes étaient intactes ; le fœtus présentait le sommet en O. I. D. P. La tête était même en partie engagée dans l'excavation. Je priai mon ami Thévenot de prendre le bistouri ; il fit une incision cutanée longue de 16 centimètres, s'étendant à gauche de l'épine du pubis au delà de l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'opérateur sectionna les différentes couches jusqu'au péritoine ; celui-ci fut décollé

avec une certaine facilité, et on arriva jusqu'au vagin. Deux doigts de la main gauche furent alors introduits dans le canal vaginal et s'arrêtèrent un peu en avant du bourrelet à peine perceptible qui formait l'orifice utérin dilaté complètement. C'est entre ces deux doigts écartés que porta l'incision sur le côté gauche du vagin. La paroi vaginale sembla si épaisse, que l'opérateur se demanda pendant un instant s'il ne sectionnait pas l'utérus. L'incision faite, on l'agrandit un peu en avant et en arrière afin que la main et le fœtus pussent passer. La vessie et le rectum avaient été trouvés vides.

Comme la tête, dans le cas particulier, s'engageait dans l'excavation, un aide placé à droite du cadavre introduisit deux doigts de la main droite dans le vagin et repoussa l'extrémité céphalique au-dessus du détroit supérieur. Avec la main gauche, cet aide inclinait fortement à droite le fond de l'utérus, de manière à porter l'orifice utérin du côté opposé. L'opérateur placé du côté gauche de la femme introduisit la main gauche à travers la plaie jusque dans la partie supérieure du vagin, pénétra dans l'utérus, alla à la recherche des membres inférieurs du fœtus et saisit un pied. L'évolution fut assez simple : le siège, le tronc, les épaules sortirent successivement. La tête elle-même vint assez aisément. Deux doigts furent introduits dans la cavité buccale de façon à amener la flexion complète de la tête ; elle franchit l'ouverture abdominale et se dégagea suivant ses diamètres sous-occipitaux. Le fœtus était assez volumineux ; il était mort depuis deux jours ; il mesurait 49 centimètres de longueur.

Après l'opération, les tissus revenus sur eux-mêmes, l'incision cutanée ne mesurait plus que 14 centimètres.

L'autopsie faite, on trouva le péritoine absolument intact partout. Il en était de même de la vessie et du rectum ; les deux extrémités de l'incision vaginale n'étaient même pas arrivées jusqu'à ces organes.

L'impression de tous fut la suivante : d'abord la longueur de l'incision et le décollement du péritoine nous effrayèrent un peu, et il semblait difficile qu'on pût pratiquer l'opération ; nous fûmes très surpris, au contraire, de voir, ces deux premiers temps terminés, combien l'extraction était simple et facile.

Dans une seconde série nous groupons les observations qui relatent des laparo-élytrotomies faites soit dans le but de sauver l'enfant, la mère étant mourante ou ne pouvant être délivrée par les voies naturelles, mais dans un état d'épuisement tel, qu'elle était appelée à succomber dans un bref délai. Ces cas ne peuvent être considérés comme devant permettre, par les résultats négatifs obtenus, de juger la méthode; nous les donnons pour indiquer les facilités du procédé opératoire. Nous les ferons précéder des trois opérations de Ritgen et Baudelocque neveu, que ces opérateurs ont terminées par l'hystérotomie.

DEUXIÈME SÉRIE.

OBSERVATION I. — *Laparo-élytrotomie inachevée. — Extraction du fœtus après opération césarienne par Ritgen (résumée).*

Cette opération, imaginée par Ritgen en 1821, ne put être achevée, sur le vivant, par ce chirurgien qui, effrayé par une hémorrhagie foudroyante, dut recourir, pour extraire le fœtus, au procédé de Stein (section césarienne). La femme succomba.

OBSERVATION II. — *Tentative de laparo-élytrotomie. — Abandon du procédé et terminaison par l'opération césarienne. — Baudelocque neveu.*

Marie Doyen, âgée de 36 ans, était arrivée à la fin de sa première grossesse; sa taille était d'un mètre; elle portait tous les caractères du rachitisme, elle n'avait marché qu'à 11 ans et à l'aide d'une béquille. Dans sa grossesse, elle ne pouvait marcher qu'avec deux béquilles. Le détroit supérieur du bassin, très irrégulier, plus large à droite qu'à gauche, avait 6,25 centimètres dans son diamètre sacro-pubien. Au moment du tra-

vail, où je la vis, le col utérin était ouvert de 4 centimètres, les membranes avaient été rompues naturellement, l'eau s'était écoulée en abondance ; je procédai à l'opération de la manière suivante :

Je fis à la peau de la région iliaque gauche une incision qui commença à vingt lignes de l'épine pubienne et s'étendit jusqu'à 2 centimètres au-devant et un peu au-dessus de l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal ; puis j'incisai couche par couche le grand oblique, le petit oblique et l'aponévrose du transverse.

Dans cette incision, un nombre infini de petites artères donnèrent du sang ; la ligature en fut faite aussitôt. Je fis, à l'angle inférieur de cette plaie, une petite ouverture au fascia transversalis, par laquelle j'introduisis un bistouri boutonné, qui me servit à couper ce fascia de bas en haut. Portant ensuite le doigt indicateur gauche entre le péritoine et le muscle iliaque, je décollai cette membrane dans toute l'étendue de ce muscle jusqu'au vagin ; l'artère et la veine iliaques internes étant mises à découvert, je portai la pointe du bistouri sur la paroi externe du vagin, à *un centimètre et demi* au-dessous de l'uretère, c'est-à-dire à *vingt-sept millimètres* environ au-dessous du col utérin. La simple piqûre du vagin causa un écoulement de sang tel, qu'à l'instant même la fosse iliaque en fut remplie ; je l'épongeai aussitôt ; il remplit encore la fosse iliaque. Cette quantité de sang, qui était peu considérable, l'était cependant assez pour affaiblir cette jeune femme ; aussi vîmes-nous la pâleur naturelle de Marie Doyen augmenter et ses yeux rouler dans leurs orbites. Le praticien qui m'aidait s'empessa de tamponner l'extérieur du vagin et la fosse iliaque avec des éponges, et je pratiquai de suite l'hystérotomie, au moyen de laquelle je fis l'extraction d'un fœtus qui était mort tout récemment. Je fis de suite l'extraction du délivre par la plaie faite à l'utérus, et je réunis les deux lèvres de la paroi antérieure du ventre par six points de suture. Les plaies furent pansées simplement ; un bandage de corps fut placé autour du ventre et l'accouchée fut remise dans son lit.

Je viens de dire que l'écoulement du sang avait eu lieu par les veines du vagin, qu'il avait obligé de suspendre l'élytoto-

mie et d'avoir recours à l'hystérotomie ; je dois ajouter que nous nous sommes trop effrayés de cet écoulement de sang ; pour l'arrêter de suite, il aurait fallu penser, dans l'instant même, à exercer une compression avec le bout du doigt sur l'artère iliaque primitive. Cette compression aurait suspendu l'hémorrhagie et aurait permis de continuer l'opération. Toutefois, la patiente perdit encore du sang pendant l'incision de l'utérus ; et, quand elle fut remise dans son lit, elle continua d'en perdre encore, mais lentement, par les lèvres de la plaie de l'utérus et par les veines du vagin. Le sang coulait en bavant par les ouvertures faites au ventre et suivant son contour pour se répandre dans les matelas ; en un mot, elle succomba à l'hémorrhagie.

A l'ouverture de son corps, les organes étaient à l'état d'anémie, où ils se trouvent toujours quand la mort est la suite d'une grande perte de sang.

OBSERVATION III. — *Laparo-élytrotomie. — Ligature de l'iliaque externe. — Extraction d'un enfant mort à la suite d'un accès d'éclampsie de la mère. — Mort de la mère. — Baudelocque neveu.*

Bassin de dix centimètres ; éclampsie ; section latérale et sous-péritonéale du vagin ; piqure de l'artère iliaque externe avec l'aiguille de Deschamp ; ligature de l'artère iliaque primitive ; version, enfant mort ; péritonite légère, tympanite et mort de la femme 74 heures après l'opération.

Cette observation prouve incontestablement que l'élytrotomie est très praticable et qu'elle est destinée à prendre rang parmi les bonnes opérations... Elle aurait très probablement réussi cette fois, si je ne m'étais pas servi, pour saisir l'artère iliaque interne, du plus mauvais de tous les instruments, de l'aiguille de Deschamp. Voici le fait tel qu'il s'est passé :

La femme étant placée, comme il a été dit, sur une table garnie d'un matelas et de draps, je choisis, comme dans le premier cas, la région iliaque gauche ; l'incision de la peau et des muscles ne présenta rien de remarquable, si ce n'est la nécessité de faire une trentaine de ligatures ; le décollement du pé-

ritoine fut très facile; après avoir séparé avec le bout d'une sonde de femme l'artère iliaque interne de la veine qui l'accompagne, je passai sous cette artère l'aiguille de Deschamp, dans l'ouverture de laquelle j'avais introduit un fil plat, et, au moment où je lui faisais contourner l'artère, le sac péritonéal glissa des mains de la personne qui m'aidait, de sorte que je cessai de voir, pendant un instant, la pointe de cet instrument qui rencontra l'artère iliaque externe et la piqua, quoiqu'elle fût assez émoussée; un petit jet de sang continu eut lieu aussitôt, il fallait lier l'artère iliaque primitive. Après avoir passé la main gauche dans le vagin et avoir fait saillir sur le bout de mes doigts la partie du vagin qu'il fallait piquer, je la traversai de dehors en dedans, avec un bistouri droit et pointu; j'agrandis ensuite, avec un bistouri boutonné, l'incision de haut en bas, pour éviter de blesser l'uretère; puis avec la même main passée à travers la plaie vaginale, j'allai saisir dans l'utérus les pieds du fœtus, dont la tête se présentait au détroit supérieur et le retournai avec la plus grande facilité: l'enfant était mort, la mère venant d'avoir un accès d'éclampsie avec perte de connaissance, avant que je pratiquasse l'opération. Quant à la délivrance, je la fis par les voies ordinaires, après avoir fait rentrer le cordon à travers la plaie vaginale.

Les lèvres de la plaie extérieure ayant été rapprochées par des bandelettes agglutinatives et couvertes de charpie, je remis l'opérée dans son lit; elle se trouvait alors si bien, qu'elle voulait se lever et prendre des aliments. Elle se plaignit, pendant vingt-quatre heures environ, d'un engourdissement dans la jambe gauche, puis cet engourdissement cessa complètement et la chaleur se rétablit dans ce membre, à tel point qu'elle y devint plus forte que dans la jambe droite, de sorte que le troisième jour après l'opération, on pouvait considérer la femme D... comme guérie de la ligature de l'artère iliaque primitive; seulement, cet accident m'empêcha de combattre, avec autant d'énergie que je l'aurais fait, les symptômes inflammatoires qui se manifestèrent du côté du ventre. Le lendemain, tension du ventre, douleurs partielles, mauvais aspect et odeur légèrement gangréneuse de la plaie; écoulement naturel des lochies, fièvre; 20 sangsues sur les points douloureux du ventre;

12 gouttes de laudanum à boire dans un peu d'eau sucrée. Le deuxième jour, la tympanite commença à devenir considérable; vomissements, odeur de la plaie beaucoup plus prononcée, suppuration abondante, fièvre; saignée et 15 sangsues sur le ventre. La totalité du sang retiré par la saignée et les applications de sangsues fut de 500 grammes. Malgré ce traitement assez actif pour une femme d'aussi petite stature, les symptômes inflammatoires augmentèrent, la tympanite devint excessive, quoique les douleurs de l'abdomen eussent cessé, et au commencement du quatrième jour, la femme D... vomit continuellement, ses extrémités se refroidirent, son visage devint bleu, en un mot, elle s'asphyxia par suite de la distension du ventre et périt 74 heures après l'opération.

Ouverture du corps. — Tension considérable des intestins; rougeur très légère de quelques points du péritoine qui recouvre les intestins, avec épanchement de 80 à 100 grammes de sérosité jaune. Point d'obstacle dans le canal intestinal qui pût produire la tympanite. Nulle réunion de la plaie extérieure; tous les autres viscères étaient sains... Le résultat de cette opération met hors de doute la possibilité d'extraire vivant l'enfant par une incision faite au vagin dans le cas de la plus mauvaise conformation du bassin; c'est un fait qui, désormais, est acquis à la science. Relativement à l'enfant que j'ai extrait, je dois ajouter que j'ai trop tardé à faire l'élytrotomie.

OBSERVATION IV. — *Laparo-élytrotomie.* — *Délivrance d'un enfant vivant.* — *Mère morte de pneumonie.* — Prof. G. Thomas.

Environ un mois après que j'eus fait la laparo-élytrotomie sur le cadavre, c'est-à-dire en mars 1870, je fus appelé par le D^r T. C. Finnell, pour un cas qu'il observait avec le D^r Richardson dans les circonstances suivantes. La malade, multipare, âgée de plus de 40 ans, et arrivée à la fin du 7^e mois de sa grossesse, souffrait depuis 8 à 10 jours d'une pneumonie et était alors à l'article de la mort. Le D^r Finnell me fit dire que la malade, tombant dans le coma, il croyait de son devoir de pratiquer la section césarienne dans l'intérêt de l'enfant qu'il sup-

posait viable et auquel la famille voulait que le baptême fût administré. Je me rendis sans tarder au domicile de la malade et trouvai toutes choses dans l'état indiqué. La malade, absolument sans pouls était cyanosée et sans connaissance ; sa respiration était bruyante avec râles trachéaux. Une rapide consultation eut lieu entre les D^{rs} Finnell, Richardson, Brown, Walker, Lynch et moi, et il fut décidé que l'on procéderait à l'accouchement par la laparo-élytrotomie.

La malade étant placée sur une table, on l'anesthésia au moyen de quelques inhalations d'éther, afin de calmer son agitation. J'introduisis la main dans le vagin, je dilatai le col doucement et lentement, de façon qu'ayant obtenu une dilatation aux trois quarts, il n'y eût aucune atteinte portée aux tissus. Je coupai alors au bistouri la paroi abdominale, l'incision étant étendue de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure. Les lèvres de la plaie furent écartées et le péritoine décollé rapidement au moyen de deux doigts, de façon à atteindre le vagin à son point de jonction avec l'utérus. Le cul-de-sac vaginal fut ensuite soulevé par une sonde en acier placée dans le vagin, puis incisé au-dessus de l'uretère ; l'ouverture ainsi pratiquée fut élargie avec les doigts. Le col fut alors attiré vers la fosse iliaque droite par un crochet, tandis que le fond utérin était déprimé dans une direction opposée. J'introduisis alors la main droite dans la fosse iliaque, puis deux doigts dans l'utérus, tandis que ma main gauche, posée sur la surface extérieure de l'utérus, déprimait l'extrémité pelvienne de l'ovoïde fœtal. Un genou put alors être promptement saisi et la délivrance aisément et rapidement opérée. L'enfant était vivant, mais mal constitué, avait un bec-de-lièvre et n'était pas à terme. Il vécut une ou deux heures. La mère, dont la plaie abdominale avait été fermée par sutures, mourut à peu près en même temps que l'enfant.

Comme complément à cet exposé, je puis hardiment affirmer que l'issue fatale de l'opération pour la mère et l'enfant ne peut en aucun cas être imputée à une imperfection dans l'opération même. Elle est due indubitablement aux deux circonstances caractéristiques de ce cas spécial :

- 1° La mère était moribonde au début de l'opération ;
- 2° L'enfant n'était pas à terme, mal développé, et probable-

ment atteint dans ses forces vitales par la toxémie dont la mère était affectée par suite de sa pneumonie.

Je n'exagérerai point en affirmant que toutes les personnes présentes furent d'accord pour reconnaître que rien, durant l'opération, n'était survenu qui ait pu porter atteinte à la vie de l'enfant. Les eaux n'étaient pas encore évacuées au moment où j'opérai la version, et pas le moindre arrêt ou la plus petite hésitation n'eut lieu qui pût être considérée comme la cause déterminante du décès.

OBSERVATION V. — *Laparo-élytrotomie pratiquée dans l'intérêt de la mère, après perforation de la tête de l'enfant, par le prof. Skene.*

La malade était primipare, arrivée à terme ; les douleurs apparurent le 20 mars 1874 et le D^r Charles Corey fut requis le 21 mars ; le col était dilaté, mais la tête, qui était la partie qui se présentait, était entièrement au-dessus du détroit supérieur. Quand le col fut complètement dilaté, le D^r C... rompit les membranes, mais la tête ne s'engagea pas complètement dans la cavité pelvienne. Le 22 mars, à 3 heures du matin, les D^{rs} Andrews et Fürgang ayant été préalablement appelés en consultation, la version fut tentée, mais reconnue impossible par suite de la brièveté du diamètre antéro-postérieur du bassin qui n'avait que 6 centimètres et demi. Le même jour, à 8 heures du matin, la délivrance fut tentée par la craniotomie ; mais après la perforation du crâne, on dut abandonner ce mode d'extraction du fœtus à cause de l'œdème des parties et de l'angustie pelvienne. Le D^r Skene visita la malade à 2 heures du soir, soit plus de 48 heures après l'apparition des douleurs. A ce moment, la femme était épuisée. Le pouls était faible et dépassait 130.

La laparo-élytrotomie fut alors proposée et agréée par les confrères présents, comme étant le seul moyen qui pût offrir une chance de salut à la malade. De cette façon, si elle mourait, ce qui selon toutes probabilités devait arriver, au moins elle serait soulagée pendant ses derniers moments des souffrances atroces de la parturition.

La malade étant anesthésiée, l'abdomen, puis le vagin furent ouverts, et le D^r Skene, saisissant l'occiput avec le céphalotribe, fit l'extraction de l'enfant. Il fit l'extraction du placenta avec facilité ; le tout dura 10 minutes. La malade sortit très bien de son sommeil anesthésique ; mais son épuisement était tel qu'elle finit par succomber 7 heures après l'opération.

Réflexions. — L'état d'épuisement dans lequel se trouvait cette femme restée dans les maux pendant 48 heures, après avoir subi une intervention ayant pour but de réduire la tête de son enfant, explique l'issue fatale, et celle-ci ne peut être attribuée à la laparo-élytrotomie.

OBSERVATION VI. — *Laparo-élytrotomie suivie d'insuccès opérée par le D^r Dandridge, relatée par Taylor, de Cincinnati.*

Le 17 mai 1883, M. le D^r J.-C. Mackenzie me pria de voir avec lui un cas de travail prolongé. J'ai obtenu du docteur qui m'a fourni les données de mon rapport les détails suivants :

M^{me} M..., Américaine, âgée de 32 ans, primipare, d'apparence saine, taille 1^m,41, appartient à une famille saine.

Sauf de fortes douleurs ressenties dans l'abdomen depuis six semaines, elle a été bien portante tout le temps de sa grossesse.

Le 13 courant, elle commença à ressentir les douleurs qui ont été en augmentant jusqu'à ce jour, sauf quelques moments de répit provoqués par l'usage du chloral et de la morphine.

Les membranes se rompirent le 14, vers 9 heures du soir ; le col admettait à ce moment un doigt. Au toucher, on reconnaissait une présentation du vertex. Cet état continua jusqu'au 17, époque à laquelle je vis la malade pour la première fois. État général : Point d'appétit ; paraissant souffrir beaucoup ; pouls 120 ; température 38°,6 ; douleurs aiguës et violemment expulsives. Le col a à peu près la dimension d'une pièce de 5 fr. La tête se présente, mais couverte d'une bosse sanguine qui m'empêche d'en déterminer la position ; toutefois il se produisit un léger déplacement de la tête par les contractions utérines. Je me décidai à appliquer le forceps. La malade fut anesthésiée,

et, après de grandes difficultés causées par la contraction de l'utérus autour de la tête et la réduction du diamètre du détroit inférieur, le forceps d'Elliot fut appliqué. On opéra une traction environ une heure après la première application, mais sans grand succès, la tête restant mobile au-dessus du bord du détroit supérieur. Mettant de côté le forceps, je tentai d'introduire la main, dans l'intention d'effectuer la version, mais je ne pus y parvenir à cause du rétrécissement du bassin. Toutefois je pus atteindre le promontoire avec l'index, ce qui me permit de constater que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'avait que 7 centimètres et demi.

Pensant que l'accouchement ne pourrait être effectué que par la craniotomie, le D^r G. Brühl fut appelé. Le D^r B... désira faire une nouvelle tentative d'application du forceps et, après de grands efforts, parvint à introduire les forceps de Bush, mais sans résultat. Alors je perforai la tête et appliquai à diverses reprises le crânioclaste de Braun-Simpson, mais sans autre résultat que l'extraction d'un fragment d'os.

Le D^r Brühl essaya d'opérer la version, mais, bien qu'il fût parvenu à saisir une jambe, il n'amena aucun changement notable dans la position de l'enfant.

Six heures après que je vis la femme pour la première fois, son pouls était plus faible, plus accéléré, et l'œdème du vagin si considérable que nous ne pouvions plus toucher la tête. Nous requîmes alors le D^r N.-P. Dandridge, dans l'intention de pratiquer la section abdominale. L'opération fut discutée dès son arrivée. La section césarienne fut d'abord proposée à cause de la rapidité avec laquelle elle eût pu être pratiquée, mais après délibération on se décida pour la laparo-élytrotomie comme plus sûre et par suite moins susceptible d'avoir une issue fatale dans les conditions d'affaiblissement de la malade. Il ne fut pas question de l'opération de Porro.

La malade était très faible ; son pouls était petit et fréquent, et la température était élevée ; le fond utérin était incliné à droite et la tête de l'enfant se sentait dans la fosse iliaque gauche.

En présence de cette obliquité, et pour atteindre plus facilement l'utérus, nous décidâmes que l'incision serait faite du côté

gauche et non du côté droit. Tout fut bientôt prêt pour l'opération. La chambre était éclairée par une simple lampe, et, afin d'assurer un éclairage plus puissant, plusieurs bougies furent allumées. Le nombre des assistants étant limité, il nous fallut confier deux des flambeaux à des amies de la malade présentes à l'opération, et qui détournaient la tête pour ne pas voir le sang, ce qui nous causa de grands embarras, les lumières étant mal tenues. La malade fut anesthésiée et placée sur une table de cuisine, le D^r Dandridge, en qualité de chirurgien, étant placé au côté gauche de la malade et moi à sa droite, le D^r Brühl se servant des éponges sur la droite également, et M. le D^r Mackenzie surveillant l'anesthésie. L'incision fut pratiquée au-dessus du ligament de Poupart. Le tissu cellulaire sous-cutané, qui était très épais, fut sectionné ; l'aponévrose du grand oblique et les couches musculaires sous-jacentes furent soigneusement incisées sur toute la longueur de la plaie extérieure. Le fascia transversalis fut alors sectionné et l'incision élargie progressivement ; l'artère épigastrique fut coupée, saisie avec une pince hémostatique et liée, de sorte que l'hémorrhagie pendant l'opération fut légère. Le D^r Dandridge décolla avec les doigts et avec soin le péritoine de la fosse iliaque, tandis que je passai les deux mains dans la plaie, maintenant le péritoine en arrière et soutenant les intestins au-dessus.

Le D^r Dandridge introduisit l'index gauche dans le vagin et repoussa la paroi vaginale contre la main droite, placée dans la plaie externe. Il fut alors seulement possible de déterminer l'épaisseur de la paroi vaginale et de s'assurer de l'écartement de la vessie. Une légère ouverture fut alors pratiquée dans la paroi vaginale à l'aide de ciseaux, coupant jusqu'à l'endroit où était posé le doigt dans le vagin ; cette ouverture fut alors un peu élargie au moyen d'un bistouri mousse. J'introduisis mon doigt par la plaie dans le vagin et l'y maintins en le recourbant dans le col ; la plaie vaginale fut élargie par déchirure.

Le D^r Dandridge introduisit la main dans la plaie, saisit promptement la jambe qui avait été saisie pendant l'effort de la version et la retourna dans la plaie, espérant ainsi obtenir aisément la délivrance ; mais en raison de la contraction de l'utérus autour de l'enfant, cet essai resta infructueux.

Le D^r Brühl chercha à saisir l'autre jambe, mais ne réussit pas davantage. La tête alors fut saisie par le crânioclaste Braun-Simpson et extraite ; le placenta suivit aussitôt. L'utérus se contracta très bien et la plaie fut nettoyée au moyen d'une solution phéniquée ; un drain large fut introduit dans la plaie jusque dans le vagin, ressortant par la vulve, et les lèvres de la plaie extérieure réunies par des sutures. Pendant l'opération et à la fin, on fit un lavement dans le rectum de 20 grammes de whiskey ; la malade fut mise au lit avec des boules d'eau chaude aux pieds ; des injections de morphine et d'atropine furent faites, avec ordre d'administrer toutes les deux heures deux cuillerées à bouche de whiskey. Le corps fut entouré d'un bandage. L'enfant pesait environ 3 kilogr.

Le résultat de l'opération, en tenant compte de l'état de la malade, fut moins mauvais en comparaison de ce qu'il eût été après la section césarienne. Je suppose que si cette dernière avait été tentée, la femme serait morte sur la table.

Cinq heures après, le pouls était meilleur qu'avant l'opération, et 12 heures après celle-ci, la température avait considérablement baissé, et le pouls était plus fort et moins agité.

Mais cette amélioration fut de courte durée et la malade mourut 44 heures après la délivrance, ayant durant ce temps subi un traitement approprié, c'est-à-dire : stimulants, calmants, applications de glace, etc. — Les urines furent librement et fréquemment évacuées par la sonde. Les selles n'étaient provoquées que par lavement.

Autopsie. — Pas le moindre signe de péritonite, ni exsudats, ni adhérences des organes abdominaux.

Vessie intacte.

Déchirure étendue du col et de la paroi postérieure du vagin, tout près du cul-de-sac de Douglas, sans lésion du péritoine.

Deux déchirures dans la paroi postérieure de l'utérus, l'une de 2 centimètres et demi d'étendue, près de 4 centimètres au-dessus de l'orifice interne ; l'autre de 5 centimètres de longueur, à 4 centimètres au-dessus de la première. Ces deux déchirures ne pénétrèrent pas dans le tissu musculaire de l'utérus.

Le bassin, dégagé des parties molles, présente un diamètre

antéro-postérieur de 8 centimètres au détroit supérieur et un diamètre transverse de 7 centimètres et demi au détroit inférieur.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Réflexions. — Cette opération ne peut pas être mise à l'actif de la laparo-élytrotomie ; en effet, cette femme a été épuisée par les applications de forceps, les tentatives de version, la craniotomie, la céphalotripsie. C'est donc un mauvais cas, un cas nul que nous ne pouvons pas faire entrer dans la statistique, si nous voulons juger de la valeur de la laparo-élytrotomie.

OBSERVATION VII. — *Laparo-élytrotomie. — Obstruction du vagin par un cancer de la cloison recto-vaginale. — Extraction d'un enfant vivant. — Mort de la mère. — Hime, de Sheffield.*

Le 14 juillet 1878, dans l'après-midi, je suis appelé auprès de M^{me} O'M. qui est à terme et en travail depuis plus de 20 heures. En arrivant, je suis frappé par une odeur infecte que dégage la malade.

La femme était au 1^{er} stade de l'accouchement, l'enfant était vivant, en 1^{re} position du crâne ; la tête était au détroit supérieur. Une masse cancéreuse dure ayant pris son développement sur la paroi recto-vaginale obstruait le vagin ; cette masse était étendue du périnée à 2 centimètres et demi du fond du cul-de-sac vaginal postérieur ; la partie supérieure de la paroi postérieure, ainsi que la paroi antérieure étaient souples, normales. L'utérus paraissait sain. Cette tumeur ne donnant que 5 centimètres de largeur à l'excavation pelvienne constituait une cause de dystocie.

La malade avait 37 ans, était mariée depuis 10 ans et avait eu 9 grossesses terminées heureusement. Elle avoue des antécédents alcooliques datant de longues années. Sa dernière grossesse eut lieu en 1875 ; l'année d'après, elle devint obèse ; puis elle se mit à maigrir et actuellement elle est très amaigrie et présente des signes de dénutrition. Pendant les 8 derniers mois de sa grossesse, elle a souffert d'une douleur très vive dans le rectum et a eu parfois des hémorrhagies abondantes. Depuis 3 mois, la cloison recto-vaginale est perforée, les selles passant par le vagin.

Il s'écoule constamment un liquide séreux et fétide par l'anüs et le vagin.

Dans les 11 dernières semaines, elle a gardé le lit, par suite de douleurs et de la faiblesse croissante. Depuis 2 jours, elle a des vomissements incoercibles et de la diarrhée. Le cœur est faible; le pouls est petit, irrégulier.

Il est évident que cette femme ne pourra accoucher d'un enfant vivant que par une opération; le rétrécissement du vagin a moins de 5 centimètres; la présence d'une tumeur dure non extensible, la crainte d'une hémorrhagie et le fait que la tête de l'enfant n'est pas engagée doivent exclure toute opération par le vagin. Ayant lu le mémoire du professeur G. Thomas sur la laparo-élytrotomie, je pensai à recourir à cette opération. En effet, je craignis que par l'opération césarienne la femme ne vînt à succomber immédiatement. La malade accepta la proposition que je lui fis et se laissa transporter à l'hôpital; à 6 heures du soir, j'ai fait l'opération, assisté par les D^{rs} Jackson et Okeefe.

La malade étant anesthésiée, j'ai incisé la paroi abdominale le long du ligament de Poupart; le péritoine reconnu, grâce à son plissement, au fond de la plaie, fut facilement décollé. Ayant refoulé avec une sonde la paroi vaginale antérieure dans la plaie, je la saisis avec une pince-érigne et la divisai et, passant mon doigt dans l'ouverture que je venais de faire, je sentis le col utérin. J'eus un peu de difficulté à pénétrer dans le vagin, l'espace entre l'utérus et le détroit supérieur étant très restreint. Cependant j'ai pu élargir la plaie et passer ma main dans le col complètement dilaté qui était occupé par la tête recouverte de la poche des eaux. Je fis la rupture, saisis un pied, pratiquai la version et retirai un garçon vivant bien conformé, sans la moindre difficulté. Le placenta extrait immédiatement après, l'utérus se contracta bien et il n'y eut pas d'hémorrhagie utérine. La femme ne perdit pas 40 grammes de sang. Deux petites artères sectionnées au moment de l'incision furent obli-térées par torsion. Peu d'accouchements ordinaires sont terminés avec moins de perte sanguine.

L'opération dura un peu plus de 20 minutes: la plaie fut désinfectée avec une solution phéniquée à 5 p. 100 et fermée

avec des sutures au catgut et un pansement antiseptique fut appliqué.

La malade fut portée dans son lit, très épuisée.

Deux fois, pendant l'opération, le cœur faiblit.

Quand elle fut un peu ranimée, elle devint très agitée et trois personnes eurent de la peine à la maintenir dans son lit. Une demi-heure après, elle se calma, devint raisonnable et prit du café chaud et du cognac. On lui fit une injection d'éther. Puis, deux heures plus tard, elle s'assit dans son lit et, quelques minutes après, elle pâlit brusquement, perdit connaissance et mourut dix minutes après.

Autopsie. — Je trouvai un caillot du volume d'un œuf de poule au fond de la plaie.

La vessie et le péritoine sont intacts, ainsi que les parties voisines, sauf les parties qui sont le siège de l'incision.

L'utérus est bien rétracté, sain, et son col n'est pas déchiré.

Aucune trace de cancer dans la partie supérieure du vagin.

Réflexions. — La terminaison fatale, dans ce cas, n'a rien qui surprenne; l'opération césarienne n'aurait pas été suivie d'un résultat plus favorable. Je crois que l'hémorrhagie qui aurait suivi inévitablement la section de l'utérus et le shock produit par l'ouverture de la cavité abdominale auraient causé la mort de cette malade débilitée sur la table d'opération.

Si elle avait été moins agitée et plus forte pour supporter la morphine et l'anesthésie, sa vie eût pu être prolongée.

Cette opération prouve donc que la laparo-élytrotomie est une opération simple et faisable; elle permet d'éviter presque tous les dangers capitaux de l'opération césarienne et elle n'est pas plus difficile. La plaie est moins étendue; le péritoine et l'utérus ne sont pas blessés du tout, ni la cavité abdominale exposée aux dangers des liquides irritants infectieux, au refroidissement et aux blessures par manipulation. Le danger de l'hémorrhagie et le shock sont moindres et la délivrance est aussi facile.

Comparée à la craniotomie, cette opération est la simplicité même, et les résultats obtenus bien supérieurs, l'enfant étant sauvé.

Si le cancer, dans ce cas, avait été moins étendu et si j'avais eu 8 centimètres de largeur vaginale, en faisant la crâniotomie aurais-je eu un meilleur résultat pour la mère, après avoir sacrifié l'enfant? Je pense que non. J'aurais très certainement eu un résultat fatal, grâce à l'hémorrhagie, à la déchirure des tissus malades et au shock. Si par hasard on venait à déchirer le cul-de-sac péritonéal pendant l'opération, la plaie située dans une région déclive, favorable à l'écoulement des liquides, serait moins grave que la plaie produite par la section césarienne.

Considérant la facilité de cette opération, la certitude de sauver l'enfant, et la forte probabilité de sauver la mère, on peut se demander si la crâniotomie peut encore se justifier et si l'opération césarienne ne doit pas être définitivement abandonnée. Je base mon opinion plus sur l'expérience de G. Thomas et de Skene que sur les résultats de mon observation personnelle. En effet, il résulte des faits relatés par ces chirurgiens distingués de New-York que l'introduction ou plutôt la remise en vigueur de cette opération exercera la plus heureuse influence sur la chirurgie obstétricale de l'avenir.

OBSERVATION VIII. — Edis, de Londres. — *Laparo-élytrotomie.* — *Mort de la femme par suite d'un vaste thrombus de la vulve causé par l'application du forceps.* — *Enfant vivant.*

Une primipare atteinte d'ankylose coxo-fémorale droite et dont le bassin rétréci avait un diamètre conjugué de 6 centimètres et demi ne pouvait être délivrée. Elle était malade, avait de l'œdème des membres inférieurs; on fit inutilement une application de forceps; peu après se développa un immense thrombus de la grande lèvre droite. Ne pouvant recourir à la crâniotomie et à l'extraction du fœtus par les voies naturelles, Edis, appelé auprès de la parturiente, proposa et fit la laparo-élytrotomie dix-huit heures après le début du travail, pour sauver l'enfant. La vessie fut atteinte d'une petite déchirure du côté droit; l'enfant extrait était vivant, mais la mère succomba anémiée et dans le collapsus 40 heures après l'opération.

Le résultat fatal eût été le même, dit Edis, si l'on avait pratiqué l'opération césarienne ou la céphalotripsie.

OBSERVATION IX. — *Laparo-élytrotomie pratiquée par M. Pouillet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, en février 1885. — Extraction d'un enfant vivant. — Mort de la mère par péritonite liée à une déchirure du péritoine.*

M^{me} R., âgée de 26 ans, rachitique, primipare, se présenta à mon observation en janvier 1885, au début du 9^e mois de sa grossesse. Le bassin est très rétréci; le diamètre promontopubien mesure 6 centimètres un quart.

L'accouchement prématuré ne serait praticable qu'à la condition de faire l'application du céphalotribe. Encore, comme le démontrent les statistiques publiées, ce sacrifice de la vie de l'enfant ne laisse pas de faire courir à la mère des chances de mort presque aussi grandes que l'accouchement par une voie artificielle, qui assure la vie de l'enfant et laisse à la mère des probabilités de survie.

Pendant près d'un mois, je pus étudier les indications qui se posaient, et, après avoir lu les publications récentes, comparer les trois opérations praticables dans ce cas : opération de Porro, opération césarienne par le procédé de Säger, dont on venait de rapporter les premiers succès, et enfin la laparo-élytrotomie, sorte d'accouchement hypogastrique que l'on obtient par une plaie sus-pubienne, sans ouverture du péritoine.

Tout ce que l'on sait, depuis quelques années, sur le mécanisme de l'effacement du col vers la fin de la grossesse et de sa dilatation pendant le travail, prouve la possibilité de faire passer le fœtus entre le pubis et le cul-de-sac péritonéal antérieur sans ouvrir la séreuse.

L'hémorrhagie qui a fait échouer la première opération n'est plus à craindre : les pinces hémostatiques arrêtent l'hémorrhagie superficielle; les gros vaisseaux situés profondément peuvent être évités.

Enfin, certaines précautions que nous indiquerons plus tard permettent à l'opérateur d'éviter la vessie et l'uretère.

Une condition importante de succès est d'opérer au moment où la dilatation est presque complète et où l'utérus a remonté le plus haut possible son segment inférieur sur la partie fœtale, qui est elle-même fixée au-dessus du détroit supérieur rétréci.

C'est pour cela que nous avons attendu pour intervenir que le col fût presque complètement dilaté, après 12 heures de travail.

C'est le 6 février 1885 que l'opération a été pratiquée en ville.

M. le professeur Delore veut bien m'aider de ses conseils. Nous sommes assistés par le D^r Peillon, chef de clinique obstétricale, et MM. les docteurs F. C., E. B. et R.; en outre, deux sages-femmes.

Opération. — La malade est anesthésiée par le mélange de Billroth. La poche des eaux était rompue et les eaux écoulées en partie, le fœtus est en position O. I. G. T. Toutes les précautions antiseptiques ordinaires ayant été prises, je pratique à gauche une incision parallèle à l'arcade crurale et légèrement curviligne à concavité supérieure, à 3 centimètres de cette arcade. Elle part de l'épine du pubis et se termine au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Les tissus sont divisés avec précaution, comme dans l'opération de la kélotomie. Les vaisseaux sont saisis, y compris l'artère épigastrique, par des pinces hémostatiques, au fur et à mesure qu'on les sectionne; après l'incision du fascia transversalis, on trouve la couche celluleuse lâche que le doigt dilacère facilement, tandis que le péritoine reste au-dessus, remonté qu'il est par l'effet de la dilatation de l'orifice utérin.

Le ligament rond, qui est lâche à ce moment-là, a dû rester intact. On introduit alors dans la vessie un cathéter plein et dans le vagin on fait pénétrer l'une des branches du forceps de Lazarewitch; la cuiller, sa concavité en avant, contourne le pubis, et son extrémité portée au fond du cul-de-sac vaginal antéro-latéral gauche porte dans la plaie et sous les yeux de l'opérateur le cul-de-sac vaginal qu'il est alors facile d'inciser transversalement. Cette incision, de 4 à 5 centimètres, donne très peu de sang, bien que faite au bistouri.

On peut alors introduire trois doigts dans le col utérin, entre celui-ci et les membranes, et l'attirer sans peine en avant. Il est dépourvu du péritoine dans une étendue de 7 à 8 centimètres ; le péritoine est flottant au-devant, sans adhérences à l'utérus, on n'a donc pas à le décoller de cet organe, mais seulement à le faire soulever en haut pendant que, sur les doigts, on incise le col à l'aide de ciseaux, de bas en haut, sur une longueur de 5 centimètres environ. Le vagin est lui-même débridé par en bas sur une longueur de 5 centimètres.

On s'assure, par le toucher du cathéter à travers la paroi de la vessie, que cet organe est bien ménagé. Disons que tout ceci s'est passé *au-dessus de l'uretère*, contrairement à ce qui a eu lieu, d'après Lusk, dans les opérations de laparo-élytrotomie décrites jusqu'ici. C'est à travers cette large plaie que s'engage spontanément la tête fœtale encore coiffée des membranes.

Malgré la rupture préalable de la poche des eaux, une certaine quantité de liquide amniotique inonde la plaie opératoire.

Après s'être assuré, en refoulant la tête, que le cul-de-sac péritonéal est intact, on laisse s'avancer cette tête qui se dégagerait si la plaie cutanée était assez large. Celle-ci est malheureusement un peu insuffisante et, au lieu de la débrider transversalement en dedans, en glissant les doigts entre la vessie et la paroi abdominale, on se décide à placer un petit forceps dans cette plaie pour en faire l'extraction. Le dégagement de la tête a lieu sans difficulté ; l'accouchement est terminé et on a un enfant vigoureux, du sexe masculin, qui se met à crier presque immédiatement.

On s'aperçoit alors que, pendant l'extraction à l'aide du forceps, le frottement a entraîné le péritoine de façon à y produire, vers l'angle externe de la plaie, une déchirure d'environ 2 centimètres et demi ; une anse intestinale se présente par l'ouverture péritonéale ; on la refoule avec précaution et l'on place sur la déchirure trois points de suture au catgut.

Délivrance par la plaie.

On lie quelques vaisseaux qui, du reste, ont donné très peu de sang ; on suture ensuite et successivement le col utérin (4 points de suture) et les parois abdominales. On ne fait aucun

prainage par le vagin ni par la peau (le contraire eût sans doute été préférable).

Pansement antiseptique rigoureux.

L'opération a duré une heure et demie.

Pendant deux jours, l'état de l'opérée a été très satisfaisant. La malade s'alimente avec du lait et des boissons gazeuses et glacées. Opium à dose élevée.

Le troisième jour, météorisme abdominal ; quelques vomissements inquiétants. La température marche progressivement, et pendant le quatrième et le cinquième jour la péritonite évolue et emporte la malade, malgré le traitement par la glace que l'on applique très largement.

L'autopsie faite avec soin montre que *la plaie péritonéale s'est mal réparée* ; la suture ne produisait plus une coaptation satisfaisante ; on ne trouve à ce niveau que des fausses membranes peu étendues et peu adhérentes ; la lésion mortelle est partie de ce point.

Un peu de sérosité sanguinolente dans le cul-de-sac postérieur du péritoine. Rien à noter du côté de la plaie vaginale et utérine qui paraît à ce moment si peu étendue qu'on est vraiment étonné qu'un enfant ait pu passer.

Dans une troisième série, nous avons réuni les cinq opérations faites avec succès, parce qu'elles ont été faites sans faute opératoire capable de mettre en danger l'existence de la femme, dans de bonnes conditions, au début du travail ou peu après ce début, ou bien alors que la femme ne présentait aucun symptôme d'épuisement.

TROISIÈME SÉRIE.

OBSERVATION I. — *Laparo-élytrotomie pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, par le professeur Skene, de Brooklyn (oct. 1875).*

M^{me} F... , âgée de 31 ans, née en Angleterre, est rachitique.

Elle rapporte que, jusqu'à l'âge de 11 ans, elle n'avait pu marcher sans aide. A 25 ans, son médecin l'accoucha par la craniotomie après laquelle elle dut garder le lit pendant six semaines. Après une seconde grossesse, elle accoucha avant terme, à 7 mois ; l'enfant ne vécut que quelques minutes. Lorsqu'elle vint en ce pays, son médecin lui donna une lettre établissant la nature de son état antérieur, et déclarant qu'elle avait le pelvis déformé. Elle m'apporta cette lettre, lorsque je la vis en 1872, à l'occasion d'une nouvelle grossesse. Elle m'exprima son vif désir d'avoir un enfant vivant, et après examen du pelvis, je résolus de la laisser arriver au commencement du 9^e mois de la gestation, époque à laquelle je proposai de déterminer le travail dans l'espoir d'obtenir un enfant vivant, ce qui fut accepté par elle. Je provoquai le travail dans la première semaine du 9^e mois et trouvai une présentation du bras. La version fut opérée avec grande difficulté, par cette raison que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne mesurait pas plus de 7 centimètres.

En opérant une forte traction et une pression extrême sur l'utérus, il se produisit une dépression de l'un des os pariétaux, et à la suite, un faible enfant fut délivré, qui ne vécut que quelques mois.

Comme suite de couches, il se produisit une métrite avec de vives douleurs dans le dos et les membres. Il y eut également paralysie partielle des membres qui disparut à la longue. Cette fois encore elle fut cinq semaines à se rétablir. A cette époque, elle fut sérieusement mise en garde contre une nouvelle grossesse.

Quelque temps après, elle me fit appeler me déclarant qu'elle était de nouveau enceinte, et me supplia de tout faire pour sauver son enfant.

Je lui déclarai que si elle voulait en courir le risque, je lui indiquerais le seul moyen que je supposais être une chance d'avoir un enfant vivant, tout en ménageant sa propre existence. Elle accepta avec empressement ma proposition.

J'exposai le cas à M. le professeur Gaillard Thomas et requis son avis et son aide. Dans l'après-midi du 28 octobre 1875, cette dame requit mes services, et, après examen, je la jugeai

arrivée à terme, l'utérus dilatable et ayant quelques légères contractions utérines.

Je lui ordonnai de retourner chez elle et de ne me faire prévenir que fort avant dans la soirée. A 10 heures, son mari me déclara qu'elle souffrait quelque peu, mais que cela ne l'obligeait pas à garder le lit et qu'elle se sentait assez bien. Je donnai ordre de m'appeler pendant la nuit si les douleurs augmentaient, et de ne pas attendre plus tard que 4 heures du matin. Les douleurs progressèrent, mais, ne voulant pas me déranger, elle ne me fit appeler qu'à 6 heures du matin le 29. Je la trouvai alors en grand travail et remarquai que le col était complètement dilaté; les membranes étaient intactes, et il y avait présentation d'un bras et procidence du cordon. Je percevais distinctement les pulsations du cordon au travers des membranes et le cœur fœtal s'entendait distinctement par l'auscultation. Je fis mander en toute hâte M. le professeur Thomas, mais par malheur il était engagé et ne put venir. J'envoyai également demander les D^{rs} Correy, Cushing, Stuart et Bunker. En attendant l'arrivée de mes collègues, j'étais dans une constante appréhension de voir les membranes se rompre et le cordon comprimé au point de causer la mort de l'enfant.

Je considérais comme impossible de remettre en place le cordon, puisqu'il y avait une présentation du bras, et j'appréhendais la mort de l'enfant qui aurait nécessité la délivrance par la craniotomie, opération qui, dans les circonstances présentes, aurait été pénible et dangereuse pour la mère. Fort heureusement les membranes restèrent intactes jusqu'à l'arrivée de mes collègues. A 9 heures, je procédai à la laparo-élytrotomie. J'incisai la paroi abdominale ainsi que le vagin avant de rompre les membranes. Je retirai alors l'enfant par la version. Ayant des raisons de supposer, d'après la faiblesse des pulsations du cœur fœtal, que la circulation de l'enfant était menacée, je mis toute hâte à le délivrer, dès que j'eus rompu les membranes. L'enfant, qui pesait 5 kilogr., était quelque peu asphyxié, mais fut promptement ranimé.

La durée, du commencement de l'opération jusqu'à ce que l'enfant et le placenta fussent extraits, fut de 15 minutes, 5 minutes de plus que dans mon opération précédente. Cette prolon-

gation de temps était imputable à une légère hémorrhagie causée par l'incision faite dans la paroi abdominale plus bas qu'il n'était nécessaire, et ensuite parce que j'eus à redresser le bras prolabé et à délivrer par version.

Il n'y eut aucun accident ni vomissement après l'opération et pas d'hémorrhagie notable.

Plusieurs heures après l'opération, le D^r Stuart, en passant la sonde, remarqua que la vessie était déchirée. L'ouverture du vagin avait été étendue de façon à arriver jusqu'à la jonction de l'urètre et de la vessie, sur le côté droit.

Je fus satisfait que la vessie n'eût pas été blessée au moment où je sectionnai le vagin, et que cela fût arrivé durant la délivrance. Si j'avais eu plus de temps et s'il m'eût été permis de laisser les parties se détendre graduellement, la déchirure de la vessie n'eût pas eu lieu. Il est regrettable que je n'aie pas eu connaissance de cet accident au moment de l'opération, j'y eusse remédié alors par quelques sutures faciles à faire et la sonde n'aurait été introduite qu'une fois la plaie fermée.

Lorsque je connus l'accident, je me refusai à anesthésier de nouveau la malade et à la soumettre à l'opération de fermeture de la plaie, parce que je craignis de déterminer une hémorrhagie. Le 2^e jour, la température s'éleva et il y eut du météorisme, mais il n'y eut aucune tendance à la péritonite. Ces symptômes étaient dus bien plutôt, je suppose, à une légère métrite, semblable à celle qu'elle eut après ses couches antérieures ; cet état se maintint au delà de quatre jours ; mais la température, à aucun moment, n'excéda 38°9, et les pulsations ne dépassèrent pas 120. Le 6^e jour, la tympanite fut conjurée au moyen d'un lavement d'infusion de menthe.

La morphine fut administrée la nuit pour assurer le sommeil, et le jour, j'employai la quinine dans l'espoir de prévenir la fièvre malarienne qui, les années précédentes, l'avait atteinte de loin en loin.

Du 6^e au 10^e jour, son état fut particulièrement satisfaisant, l'appétit était bon, et elle n'eut qu'une sécrétion lactée peu abondante.

Vers le 10^e jour, elle s'assit dans le lit malgré notre défense, mais ne s'en trouva pas plus mal. Dans l'après-midi du 11^e jour,

elle eut des frissons suivis de fièvre et de transpiration. Le 12 au matin, elle allait tout à fait bien, mais la fièvre et les frissons reparurent l'après-midi.

On administra la quinine le jour suivant et il n'y eut plus de frissons ni de fièvre. La malade attribua ce malaise à un retour de sa fièvre intermittente, et j'ai tout lieu de croire son diagnostic bien fondé.

La plaie externe se cicatrisa rapidement, à l'exception de 2 points de suture vers le centre, où il y avait suppuration. Les deux plaies vaginale et abdominale étaient complètement fermées le 14^e jour.

Le 15^e, la malade s'assit sur une chaise pendant qu'on faisait son lit, et à l'exception de la déchirure de la vessie, elle était aussi bien que peut l'être une personne de sa constitution à la suite de couches.

A la fin de la 3^e semaine, elle sortit en promenade et resta en bonne santé depuis lors. Le 28 novembre je fermai la fistule vésico-vaginale et 15 jours après je laissai l'opérée en parfaite santé. Je la revis le 15 janvier 1876 ; elle était très bien et nourrissait son bébé fort et bien portant.

Comme conclusion, je désire établir que l'accident survenu à la vessie était la faute de l'opérateur et non de l'opération, et que je puis, à l'avenir éviter cette complication. Je suis également convaincu qu'il m'eût été, dans la circonstance, impossible d'accoucher la malade d'une autre manière et avec plus de sécurité pour elle-même. J'avoue que l'histoire de ce cas, en plaçant l'opération au nombre des triomphes de la chirurgie obstétricale, fait le plus grand honneur au professeur Thomas qui a préconisé cette opération.

OBSERVATION II. — *Laparo-élytrotomie ; opération 4 jours après l'apparition des douleurs. Guérison de la mère et de l'enfant, par le D^r Skene (juin 1877).*

Le sujet est une Bohémienne, non mariée, âgée de 37 ans. Elle devint enceinte, mais cacha son état à celui avec qui elle

vivait, jusqu'à l'accomplissement de ses 9 mois de gestation. Il lui était d'autant plus facile de le faire qu'elle était difforme.

Elle fut prise des douleurs le vendredi 19 juin 1877, et peu après les membranes se rompirent. Ceci ne fut connu que plus tard et après de longues réticences. Ses douleurs persistèrent, mais elle ne voulut pas faire connaître son véritable état, et ses amis suspectèrent encore moins la véritable cause de son mal.

Cependant, inquiète de la persistance de ses souffrances, elle envoya chercher, le vendredi matin 22, le D^r S... qui la trouva arrivée à terme. Les membranes étaient rompues, les eaux complètement évacuées, et l'utérus fortement contracté autour de l'enfant. La dilatation du col était juste suffisante pour permettre l'introduction du bout du doigt.

La malade était bien au-dessous de la taille moyenne, maigrette, de complexion délicate, la peau sèche, et d'apparence générale mauvaise. Elle présentait une courbure en avant de l'épine dorsale, bien prononcée dans la région lombaire ; le sacrum était bien en ligne droite et formait angle droit avec l'axe de l'épine dorsale. La symphyse pubienne était plus profonde que d'ordinaire d'environ 5 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur était, d'après le D^r S..., de 3 centimètres, et je puis affirmer qu'il n'excédait pas 4 centimètres et demi.

Les cuisses étaient fléchies de façon à former presque angle droit avec le corps et maintenues dans cette position par l'ankylose des articulations coxo-fémorales.

Les genoux ne pouvaient être écartés de plus de 4 centimètres ; le membre inférieur gauche était de 11 centimètres plus court que le droit. Nombre de profondes cicatrices sur les hanches indiquaient la présence antérieure de gros abcès. La coexistence de ceux-ci avec l'ankylose permet de conclure que cette femme a dû avoir antérieurement une affection des articulations des hanches des deux côtés.

Le D^r S..., en présence de cet état, conclut à l'impossibilité d'une délivrance normale. Il fit appeler alors en consultation les D^{rs} F... et W... Ces deux confrères furent d'accord avec le D^r S... au sujet de la nature des difformités et des difficultés que l'on rencontrerait pour la délivrance.

Je vis la malade en compagnie des D^{rs} S... et H... à 6 heures

du soir, le vendredi 22 ; à ce moment, elle avait été quelque peu soulagée de ses souffrances par une injection de morphine. Le col n'était pas plus large qu'une pièce de 50 centimes. Il s'agissait d'une présentation du vertex.

On convint de dilater préalablement le col et ensuite d'opérer la délivrance par la laparo-élytrotomie ; mais comme la malade ne souffrait pas énormément et que nous n'étions pas encore préparés pour l'opération, nous nous décidâmes à attendre jusqu'au lendemain matin afin de profiter du jour. Dans l'intervalle, la dilatation du col pouvait s'achever. De bonne heure, le lendemain matin, samedi 23, les D^{rs} S... et H... entreprirent la dilatation artificielle du col, ce qui fut trouvé difficile. En effet, par suite de la difformité de la malade, le col était fléchi en arrière et formait un angle aigu avec l'axe de l'utérus, et il n'y avait pas assez de place dans la cavité pelvienne pour permettre de ramener le col en avant, dans l'axe du corps de l'utérus. Pour cette raison, il était impossible d'introduire le dilateur dans l'orifice. Après une manipulation prolongée, on obtint une dilatation presque complète, le samedi 23, à 10 heures du matin, quatre jours après l'apparition des douleurs.

Je proposai la laparo-élytréotomie, guidé par cette raison que la craniotomie était impossible, dans le cas particulier, non seulement à cause du rétrécissement du détroit supérieur, mais aussi parce que les axes de l'utérus et du vagin formaient un angle droit, ce qui rendait impossible l'emploi des instruments nécessaires pour opérer l'extraction du fœtus par cette voie. Le procès-verbal des D^{rs} S... et H..., qui tentèrent la dilatation du col, en fait foi.

L'opération césarienne nous fut suggérée par les difficultés rencontrées pour la laparo-élytrotomie ; mais nous préférâmes avoir à lutter contre des obstacles plutôt que de faire une ouverture dans la cavité péritonéale et dans l'utérus.

L'état de la malade au moment de l'opération n'était pas encourageant ; la peau était sèche et chaude, la langue chargée, la température à 39°, le pouls à 98. Cependant elle n'était pas épuisée, grâce aux injections de morphine faites pour atténuer la douleur.

L'opération fut laborieuse du début jusqu'à la fin ; pour faire

l'incision parallèlement et un peu au-dessus du ligament de Poupart, il fallut relever l'abdomen et abaisser les parties molles de la cuisse le plus possible ; les parties étant amenées bien en vue, les parois abdominales furent sectionnées, plan par plan, sans nul accident.

Mais en arrivant sur le péritoine, je rencontrai les signes d'une inflammation antérieure ayant modifié toute l'anatomie normale de la région.

J'ai toujours pensé qu'une pelvi-péritonite antérieure compliquerait gravement cette opération et j'appréhendai que pareil cas ne m'advînt. Dans le cas présent, mes pressentiments furent réalisés.

Le péritoine, la fosse iliaque, la vessie et le vagin étaient adhérents par une matière plastique qui rendait les tissus normaux méconnaissables. Ceci et le peu d'espace compris entre la cuisse fléchie et l'abdomen rendirent plus grande encore la difficulté du manuel opératoire. Le vagin également était étroit et rigide, de telle sorte qu'il ne pouvait être repoussé vers le haut, afin de nous guider dans la bonne direction.

Dans cette partie de l'opération, trois points dangereux étaient à éviter :

1° La lésion du péritoine. Il n'y a aucun danger que cela arrive quand les parties sont normales, parce qu'alors le péritoine peut être aisément reconnu et détaché des tissus environnants avec facilité ; mais dans le cas particulier, toutes choses étaient changées d'aspect et au lieu de tissus glissant facilement, nous avions des adhérences et de la lymphe, toutes deux difficiles à manier.

2° J'ai appris, par des expériences antérieures, qu'ouvrir le vagin trop près de la symphyse pubienne donne lieu à de grands risques de voir l'incision s'étendre durant la délivrance jusqu'à la vessie.

3° Si l'incision est pratiquée trop près du pli inguinal, il y a danger de léser l'artère circonflexe.

Nous continuâmes, en évitant le péritoine et les vaisseaux importants ; mais malheureusement la vessie, qui était fixée en haut et à droite par d'anciennes adhérences, fut atteinte. Ceci n'a rien de surprenant, si on songe qu'en pratiquant cette par-

tie de la dissection, j'étais bien plutôt guidé par le toucher que par la vue, et que les parties étaient tellement agglutinées et changées d'aspect qu'il était impossible de les manipuler et de les reconnaître. La partie blessée de la vessie était justement juxtaposée à l'épine iliaque antéro-supérieure, endroit où je ne m'attendais pas à la rencontrer.

Lorsque le col utérin fut relevé en travers de l'ouverture des parois abdominales et du vagin, nous trouvâmes la dilatation suffisante pour admettre le bout des quatre doigts. La dilatation manuelle fut alors faite et bientôt complète. Une autre difficulté nous attendait pour introduire les deux doigts entre la tête de l'enfant et l'utérus, tant l'utérus était fortement contracté. La tête se présentait transversalement, l'occiput à gauche. Je songai à opérer la délivrance par la version, pensant que c'était ce qu'il y avait de mieux à faire dans la circonstance, mais je dus y renoncer en raison de la contraction de l'utérus et recourir au forceps; mais la flexion de la cuisse sur l'abdomen nous laissait peu d'espace; enfin nous pûmes placer les branches de l'instrument et extraire un enfant asphyxié, résultat dû sans doute à la contraction de l'utérus qui durait depuis la perte des eaux, mais qui put être ranimé à la suite d'insufflations d'air répétées jusqu'à la première inspiration normale.

Le placenta n'eut pas de peine à être extrait; il y eut bien une légère hémorrhagie qui fut arrêtée facilement.

La plaie fut fermée au moyen de quelques sutures de fil d'argent, garnie de coton et maintenue par un bandage.

L'enfant était bien développé, d'apparence saine, et pesait 3 kilog. 500.

La malade se réveilla promptement de son sommeil anesthésique, parut être sous l'influence du shock, mais n'accusa ni malaise ni douleur.

Le lendemain de l'opération, son pouls était à 94, et sa température tomba de 39° à 37°,7.

Je fis faire de fréquents cathétérismes pour empêcher la stagnation de l'urine dans la vessie. Néanmoins, au bout de quelques jours, on retirait peu d'urine à chaque cathétérisme et on s'aperçut que l'urine s'écoulait par le vagin: comme le vagin était étroit à son entrée, l'urine, en s'accumulant dans le con-

duit, finit par se répandre dans la plaie abdominale, d'où elle s'écoula par l'incision. Un drain perforé de trous fut introduit dans le vagin pour livrer passage à l'urine. Cela réussit, et pendant 34 heures l'urine coula librement et continuellement dans un vase, et tout parut marcher à souhait pendant un certain temps.

Malheureusement la malade était indocile et stupide. Au bout de deux jours elle retira le drain de son vagin et cela malgré la défense la plus formelle, et chaque fois que le docteur l'y remplaçait. Les urines s'échappèrent librement par la plaie abdominale en même temps que par le vagin; la plaie, incessamment baignée par l'urine, ne pouvait se cicatriser.

Néanmoins l'appétit de cette femme était bon, les fonctions digestives s'accomplissaient régulièrement; elle dormait à la suite d'injections de morphine. Son pouls et sa température étaient normaux.

Pour obtenir un bon résultat, nous résolûmes de faire transporter la malade à l'hôpital, le 5 juillet, le 15^e jour après l'opération.

A ce moment, il restait dans la plaie un trajet au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure; tout autour de cette fistule les parties étaient souillées et couvertes d'eschares superficielles; il y avait un écoulement de pus et d'urine.

On fit de fréquents lavages de la plaie, on se servit de solution phéniquée; on fit des injections par la plaie ou le vagin ou l'urèthre; enfin nous plaçâmes un drain dans l'orifice de la fistule; la malade, surveillée, ne toucha plus au drain; quelques jours après, l'interne put faire passer le drain de la plaie abdominale dans le vagin; dès ce jour l'écoulement de l'urine et du pus fut assuré.

A partir de ce moment la plaie se cicatrisa rapidement et finalement le drain fut retiré le 3 août. L'urine alors ne s'écoula plus que par le vagin. Pour drainer le vagin, on fit usage d'une ampoule en caoutchouc garnie d'un tube qui remplit parfaitement son office pour l'évacuation de l'urine, laquelle était conduite dans un récipient.

La vessie retenait de jour en jour plus d'urine; l'ouverture fistuleuse se fermait. L'amélioration continua jusqu'au 12 août,

époque à laquelle la vessie reconquit son entier pouvoir de rétention, indiquant par là que la fistule était fermée.

A cette époque (12 août) la santé de la malade est aussi satisfaisante que possible. Peu de temps après, la guérison est complète. L'enfant, qui avait été laissé à la maison, prospéra pendant un certain temps, puis mourut au bout de 18 jours par suite de mauvaise alimentation et de manque de soins.

Les détails donnés ci-dessus sont extraits des notes prises par le médecin de l'hôpital, le D^r Mc Parlin, dans le registre de sa clinique.

En relisant ce cas de laparo-élytrotomie, je puis dire qu'il est impossible d'imaginer des conditions plus défavorables pour l'opération. Les conditions de la malade, dans chaque phase de l'opération et le défaut de facilité dans le traitement consécutif étaient de telle nature qu'ils sont le meilleur témoignage de la valeur de cette méthode d'accouchement. Certainement il n'est pas à souhaiter de rencontrer à l'avenir de plus grandes difficultés que celles qui ont dû être surmontées dans ce cas opératoire.

OBSERVATION III. — *Laparo-élytrotomie pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant*, par le prof. Gaillard-Thomas. (déc. 1877.)

Le 3 décembre 1877, je fus mandé par le professeur Mc Lane pour visiter avec lui, à la Maternité (Nursery and Child's hospital), une jeune femme qui venait d'être prise des douleurs de l'enfantement environ 16 heures auparavant. Elle habitait Harlem, distant d'environ deux lieues, et avait été vue par les D^{rs} F..., D... et S... qui, trouvant le bassin si rétréci qu'il leur parut devoir nécessiter une opération, avaient requis le D^r Mc Lane. Sur son avis, la malade fut amenée à New-York. Le travail, à ce moment, était fort avancé; mais son entourage à la maison était si défavorable que cette mesure parut la plus sage.

La jeune femme était Irlandaise, âgée de 20 ans, mariée et primipare; elle était très petite et peu développée; une des jambes était contracturée et la cuisse fortement fléchie sur le bassin.

Le bassin au détroit supérieur était estimé par le D^r Mc Lane

avoir 7 centimètres dans le détroit antéro-postérieur ; pour moi, il me parut n'en mesurer que 6 centimètres ; au détroit inférieur, le diamètre transverse n'avait que 5 centimètres et demi. L'enfant se présentait par le siège.

Lors de mon arrivée on discutait le mode d'extraction du fœtus par l'embryotomie ou par l'opération césarienne ; je proposai la laparo-élytrotomie qui fut acceptée, et le D^r Mc Lane me pria gracieusement de procéder moi-même à l'opération.

La malade étant anesthésiée et étendue sur une table, j'incisai la peau, le tissu cellulo-adipeux depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à l'épine du pubis, le long du ligament de Poupert, du côté droit du corps. Puis je fis la section des muscles et arrivai sur le péritoine que je décollai, ce qui me permit d'arriver sur le vagin.

Le D^r Mc Lane passa alors son doigt au travers de ce canal et le repoussa vers le haut. Je coupai le vagin sur le doigt vers sa jonction avec l'utérus au-dessus de l'uretère. Introduisant les deux index, je déchirai la paroi vaginale de haut en bas. Immédiatement l'utérus, se contractant fortement, poussa le siège de l'enfant dans la fosse iliaque. Je saisis les aines de l'enfant avec mes index recourbés en crochets et opérai promptement la délivrance. L'enfant était asphyxié, mais, après de fortes insufflations, il revint promptement à la vie et cria gaillardement ; à partir de ce moment il se porta très bien.

La plaie, après avoir été proprement nettoyée de ses caillots sanguins par l'injection d'eau phéniquée au moyen de la seringue de Davidson, fut fermée par des sutures au fil d'argent. Aucun vaisseau ne fut lié et nul corps étranger laissé dans la plaie.

La durée de l'opération, depuis la première incision jusqu'à l'extraction de l'enfant, ne dépassa pas 35 minutes. La malade fut mise au lit ; elle reçut une injection de morphine et je prescrivis un régime exclusivement liquide.

4 décembre : Nuit bonne à la suite d'une injection de morphine.

	T. matin	37°2	P.	132
	T. soir	38°8	P.	140
5 déc. :	T. matin	37°5	P.	124
	T. soir	37°7	P.	128

Une sonde placée à demeure ne donne pas lieu à un écoulement de l'urine ; celle-ci passe par le vagin : on diagnostique une fistule vésico-vaginale opératoire.

6 déc. : T. matin 38°5	P. 136	L'injection vaginale phéniquée s'écoule par la plaie facilement 3 fois par jour.
T. soir 38°4	P. 128	
7 déc. : T. matin 39°6	P. 128	
T. soir 37°	P. 116	
8 déc. : 6 jours après l'opération		
T. matin 37°	P. 108	

L'urine passe franchement par la sonde laissée à demeure.

T. soir 38°	P. 116
9 déc. : T. matin 37°	P. 124
T. soir 38°3	P. 124
10 déc. : T. matin 37°6	
T. soir 37°	
11 déc. : T. matin 39°5 à 9 h. et 40°3 à 11 h.	

Comme la malade a habité une région à malaria, la fièvre est attribuée à l'intoxication palustre.

La quinine est administrée et le soir la fièvre tombe à

	T. soir 37°7	
12 déc. : T. matin 38°4	P. 124	
T. soir 40°	P. 128	
13 déc. : T. matin 38°6	P. 112	
T. soir 37°		
14 déc. : T. matin 37°	P. 92	
T. soir 37°	P. 88	
15 déc. : T. pyrexie.	P. 92 à 104	

La malade, à partir de ce jour, guérit parfaitement sans difficulté ; la plaie se réunit par seconde intention.

Je suppose que l'augmentation de la température fut causée par un empoisonnement miasmatique ou par de la septicémie passagère. Mon impression est que la première condition en fut cause, la quinine ayant produit un effet remarquablement favorable.

Le 20^e jour après l'opération, la vessie qui, sans nul doute, avait été atteinte, recouvra sa puissance de rétention.

La sonde fut retirée et la malade put évacuer naturellement les urines.

Le 25^e jour, une des extrémités du ligament rond fit saillie au travers de la plaie qui alors était guérie à peu près dans toute son étendue ; elle fut liée et sectionnée.

Le 3 janvier, 32 jours après l'opération, la plaie qui, au début, avait 12 centimètres de long n'en mesurait plus que 6 et sa profondeur était de 1 centimètre. L'examen du vagin présenta sur le côté droit une ouverture, avec un repli falciforme, pénétrant dans la fosse iliaque de 2 centimètres et demi.

A cette date, la malade était complètement rétablie, et elle et son enfant se portèrent depuis à merveille.

OBSERVATION IV. — *Laparo-élytrotomie pratiquée avec succès*
par le D^r Gillette de New-York. (nov. 1880.)

Je fus appelé le 8 novembre 1880, à minuit, à l'hôpital (Lying-in Asylum) à New-York, pour visiter Mary H..., âgée de 23 ans, mariée, native d'Écosse, et qui était sur le point d'accoucher de son premier enfant. Le médecin de l'hôpital, D^r Coughlin, me mit au courant des principaux traits caractéristiques du sujet, et pensait qu'il devait y avoir un rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur s'étendant de 5 centimètres environ.

En l'examinant, étendue sur le lit d'opération, la malade me parut être d'une santé vigoureuse quoique petite et trapue. Elle me dit avoir toujours été en bonne santé, et ne paraît pas avoir connaissance de son état rachitique. Elle savait simplement qu'elle était petite : 1^m,32^e de taille. Son fémur était incurvé et raccourci, ses tibias longs et forts, bien plantés au milieu du pied, en sorte que la saillie du talon le faisait ressembler à une patte d'oiseau. Dans le décubitus dorsal, la malade apparaissait comme une tortue renversée sur le dos.

Elle déclara avoir plus ou moins souffert depuis une semaine, et m'informa que les eaux avaient été évacuées depuis

18 heures ; c'est à partir de ce moment qu'elle fut reconnue en travail.

Par le palper on constate que la tumeur utérine est large, inclinée latéralement, et se mouvant librement au-dessus du détroit supérieur.

On n'entendait aucun bruit du cœur fœtal ; seule l'auscultation révéla le sifflement et le craquement de l'air dans la cavité utérine, qui se produisent généralement dans le cas d'utérus dit emphysémateux, et sont déterminés par la décomposition du fœtus après sa mort, quand les eaux se sont écoulées depuis longtemps. (Physométrie.)

Au toucher vaginal, je trouvai le détroit inférieur large et bien développé au point qu'après avoir anesthésié la malade, je pus aisément introduire la main entière dans la cavité pelvienne. Celle-ci était peu profonde et conduisait directement au détroit supérieur, dont le diamètre antéro-postérieur était réduit à une longue fente de 3 centimètres et demi de large.

La lèvre du col était proéminente, et, derrière le détroit, le col était dilaté de la dimension d'un dollar en argent. On percevait une bosse sanguine au travers de laquelle se sentait la partie présentée, laquelle je reconnus être la tête ; mais je ne pus affirmer si c'était la face ou le vertex.

Reconnaissant l'utilité d'opérer la délivrance immédiate, soit par la laparo-élytrotomie, soit par l'opération césarienne, je fis appeler en consultation mes collègues, les D^{rs} H. Nicoll et S. B. W. McLeod. Aussitôt arrivés, ils examinèrent le cas, furent d'accord sur le diagnostic et, comme moi, conclurent qu'on devait procéder à l'accouchement par la laparo-élytrotomie.

La malade fut anesthésiée et, à la lumière d'un bec de gaz et d'une bougie, je commençai l'opération, à 3 heures 15 minutes du matin.

Je pratiquai l'incision habituelle, c'est-à-dire, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la symphise pubienne du côté droit. L'incision, pratiquée au point voulu, ne devait offrir aucune difficulté ; mais il me semble que j'ai compliqué l'opération en ne tenant pas suffisamment compte de l'effacement et de la rétrogradation de l'os pubien, et, par suite, en pratiquant mon incision trop bas. Deux vaisseaux artériels fu-

rent liés, un autre tordu, et l'hémorrhagie fut insignifiante. Introduisant la sonde dans le vagin, j'en poussai l'extrémité jusqu'à l'ouverture faite dans le flanc, et pratiquant une section au-dessus d'elle, rendis complète la communication avec le vagin. Élargissant l'ouverture ainsi obtenue, j'y introduisis les doigts et reconnus, au travers de l'utérus, une présentation de la face dans la position droite mento-iliaque. Je dilatai à la main le col autant qu'il me fut possible, mais il était extrêmement rigide et dur, et ne put être agrandi suffisamment, même en usant du crochet; je l'incisai alors légèrement au moyen de ciseaux recourbés.

Le Dr Mc Leod retourna alors le fond de l'utérus vers la gauche de façon à en amener l'axe dans une direction favorable à la délivrance par l'ouverture pratiquée, et je tentai d'appliquer le forceps. Je pus alors introduire la branche gauche, et sans difficulté, mais je ne pus, par la suite, y introduire la branche droite. Ceci, sans nul doute, était dû à la position du fœtus, lequel était poussé vers le bas par la contraction de l'utérus retourné contre l'os iliaque et pubien, avec la tête et la face fléchies sur et contre l'épaule droite.

Je ne pus déprimer le manche du forceps assez pour pouvoir embrasser la tête avec la main. Les efforts du Dr Nicoll restèrent également sans succès. C'est alors que je me déterminai à opérer la version et à délivrer par le pied. Je réussis à grand-peine à atteindre le genou droit — le seul que je pusse atteindre — et l'attirant en partie vers le bas, j'appliquai le crochet et dégageai la jambe. Ici je m'arrêtai, parce que, malgré toute la force que je pus employer, tout en évitant de porter atteinte à la jambe, et malgré toute l'assistance que me prêtèrent les Drs Nicoll et Mc Leod, par des manipulations extérieures et en s'efforçant de déloger et de repousser la tête dans la direction de la jambe, il me fut impossible d'opérer la version complète. Je pratiquai la craniotomie, sortis une partie du cerveau, espérant par là réduire les dimensions de la tête, de façon à ce qu'elle puisse s'engager dans l'ouverture pratiquée. Ceci ne me fut d'aucun secours; la contraction de l'utérus était tellement forte que, nonobstant les plus grands efforts, le fœtus était de plus en plus resserré.

J'essayai d'atteindre le pied gauche, sachant que, s'il m'était possible d'opérer une traction sur ce dernier, et de donner à l'épaule gauche une impulsion rotative, je pourrais forcer l'enfant à se retourner et extraire ainsi la masse; mais tout fut inutile, je ne pus l'atteindre.

Je fis alors ce que, dès le début, il eût été préférable de faire, j'appliquai le céphalotribe, enserrai la base du crâne, repoussai la jambe présentée, et opérant une traction après réapplication de l'instrument, et à l'aide d'un cranioclaste maintenant le péricrâne, délivrai sans difficulté. Le placenta suivit immédiatement, en même temps que s'écoulait un liquide fétide accumulé derrière le fœtus décomposé. J'eus un regret: j'aurais infiniment préféré opérer la délivrance par le vagin, ce qui m'eût évité le risque d'infecter la plaie par des matières septiques, mais je n'avais pas le choix.

L'utérus se contracta aussitôt et il n'y eut pas d'hémorrhagie. La plaie faite dans le flanc fut fermée au moyen de huit sutures avec fil d'argent, pansée avec un emplâtre adhésif et un tampon de ouate par-dessus. Puis la malade fut mise au lit, avec des boules d'eau chaude aux pieds, et après injection hypodermique de 8 gouttes de solution de Magendie mélangée d'ergotine.

La femme se comporta parfaitement durant la journée du lundi 9 novembre, ne souffrant aucunement. La température se maintint à 38°,5. Toutefois le poulx était agité. J'ordonnai 0,60 gr. de quinine toutes les six heures. La sonde fut introduite dans la vessie et l'urine s'écoula parfaitement. A différents intervalles la sonde fut réintroduite et toujours avec le même succès. La vessie n'était pas déchirée ainsi que cela avait été le cas dans plusieurs opérations antérieures. Rien de particulier à noter jusqu'au mardi 10 novembre, à 4 heures du matin, moment où la malade s'éveilla en se plaignant de vives coliques dans l'abdomen. J'administrai de la morphine. La température se maintenait à 38°,5. A 10 heures du matin, la tympanite se déclara, mais la malade ne se plaignit d'aucune douleur. La quinine fut administrée à la même dose que précédemment et des cataplasmes de farine de lin chauds appliqués sur le ventre. La plaie était belle, mais un peu de sang noir s'échappait de la deuxième suture extérieure.

A 3 heures après-midi j'introduisis une sonde rectale, et une grande quantité de gaz s'échappa, soulageant visiblement l'opérée. La température à ce moment était à $37^{\circ}7$. Je ne pus introduire la sonde au-dessus du détroit par la raison que celui-ci et le sacrum faisaient saillie en avant, ce qui m'empêchait d'amener la sonde à un angle suffisant pour pouvoir l'y engager. Nouvelle injection de morphine. A 8 heures 30, je fus mandé à nouveau et trouvai la malade sous l'influence narcotique de l'opium. Respiration saccadée; 7 mouvements respiratoires à la minute. La malade recouvra avec peine sa connaissance. L'interne de l'hôpital déclara avoir fait une nouvelle injection de morphine à 6 heures du soir. Je restai 2 heures près de la malade, essayant de la ranimer au moyen de café et de stimulants, jusqu'à ce que les mouvements respiratoires fussent arrivés à 12 à la minute. Je me retirai, donnant ordre qu'on ne laissât pas tomber la respiration au-dessous de ce degré.

Jeudi, 12 novembre, à 10 heures du matin, la malade est en progrès, quelque peu assoupie par suite du soporifique administré la nuit précédente. Température $37^{\circ}7$. La plaie est belle.

Dans la soirée, tout allait bien; à la suite d'un lavement à l'eau de savon, des vents s'échappèrent et soulagèrent la malade. Vendredi 13, température $37^{\circ}2$. Samedi 14, la montée du lait s'opère; température $38^{\circ}8$; ni coliques, ni tympanite. Le soir, la température tombe à $37^{\circ}7$. A minuit, la malade a un frisson, et lors de ma visite, le dimanche 15, à 11 heures 45, la température est à $37^{\circ}6$. La plaie est sale et laisse échapper du sang caillé et du pus. Je défais immédiatement les sutures, livrant passage à une grande quantité de matières fétides. J'applique un cataplasme de farine de lin mélangée. Le soir, selles régulières; la malade est dans un état satisfaisant: quinine, eau-de-vie et lait à volonté. Lundi 16, la température se maintient à $37^{\circ}7$ jusque vers 11 heures 30 du soir, après elle s'élève à $39^{\circ}5$. Le 17, à 9 heures du matin, elle descend à $37^{\circ}2$ et la malade est alors tout à fait bien.

Il est inutile de transcrire les progrès journaliers de la guérison à partir de cette date. Qu'il suffise de dire que la température ne s'éleva pas au-delà de $37^{\circ}7$. Le 21 novembre, la plaie est nette, bourgeonnante et en voie de guérison. Il n'y

eut pas de péritonite. La tympanite fut due aux doses empiriques de morphine que nous sommes trop sujets à administrer après l'accouchement et qui, en paralysant l'enveloppe musculaire de l'intestin, doit nécessairement empêcher l'évacuation des gaz et occasionner la tympanite par suite de leur accumulation.

Les variations dans la température furent dues aux émotions qui agitèrent la malade qui était intraitable et désobéissante. Il n'y eut aucun autre symptôme fâcheux que la malpropreté de la plaie le 5^e jour après l'opération.

Je crois avoir fait une méprise en fermant la plaie dès l'abord, dans l'intention de provoquer la cicatrisation par première intention. Il serait téméraire de supposer qu'elle puisse s'obtenir par ce procédé, en de pareilles circonstances. D'ailleurs, la plaie était constamment baignée et saturée par les matières putrides qui s'écoulèrent du vagin lors de l'extraction du fœtus et du placenta.

Je me fusse épargné bien du temps et des ennuis, et j'eusse évité bien des dangers en traitant la plaie ouverte par les antiseptiques, au moyen d'un drain passant au travers de celle-ci et rejoignant le vagin. Les conditions de la plaie étaient particulièrement favorables au drainage, l'ouverture dans le vagin ayant été faite au point convenable.

OBSERVATION V. — *Laparo-élytrotomie pratiquée avec succès par le D^r Skene (oct. 1884).*

Marguerite Mc M., âgée de 31 ans, native de Glasgow, rachitique dès l'enfance, fut prise des douleurs de son premier accouchement le 4 octobre 1884, à 4 heures du matin. La perte des eaux fut le premier accident indiquant l'approche du travail. Elle fut visitée par le D^r L. S. Pilcher à 8 heures du matin. Après examen, celui-ci reconnut une présentation du vertex d'un enfant bien développé ; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur fut estimé par lui à près de 5 centimètres.

Il me fit mander en consultation. Lorsque j'arrivai un peu avant le soir, la dilatation de l'utérus était très avancée et

paraissait même complète. Les contractions utérines étaient régulières et modérées et l'état de la malade satisfaisant.

La délivrance d'un enfant vivant par les moyens ordinaires étant impossible, et jugeant tous deux qu'il y aurait moins de danger pour la mère à appliquer la laparo-élytrotomie que la craniotomie, nous nous décidâmes pour l'incision abdominale.

Je pratiquai l'incision habituelle dans l'aîne gauche, et rien d'anormal ne se présenta quand je coupai l'artère épigastrique dont les deux bouts furent saisis avec la pince de Péan. Ayant atteint la paroi vaginale, je pratiquai une légère incision qui fut élargie par déchirure. En pratiquant l'incision, elle s'étendit un peu en avant de la jonction des parois du vagin et de la vessie, et il en résulta, conséquemment, une légère section de la vessie.

Je perdis quelque temps à effectuer la complète dilatation du col qui, au toucher vaginal, m'avait paru complète au début de l'opération; mais j'observai le contraire dès que j'eus pratiqué l'ouverture du vagin.

Un enfant vivant bien développé, du sexe masculin, pesant 3 kilos et demi, fut délivré par version à travers l'ouverture inguinale. Le placenta sortit par la contraction de l'utérus aidée de frictions.

La plaie inguinale fut réunie au moyen de sutures en soie phéniquée, après que j'eus introduit un drain partant de l'angle de l'incision, descendant au travers du vagin et gagnant la partie déclive de l'*entrée du vagin*.

Je ne remédiai pas à la déchirure de la vessie, me bornant à y placer une sonde à demeure.

Rien d'anormal n'apparut par la suite. La température se maintint la plupart du temps entre 37°2 et 37°7, n'atteignant qu'exceptionnellement 37°7, et cela plus particulièrement le 2^e jour, par suite de l'oblitération du drain, et le 4^e jour, lors de la montée du lait. La plaie se réunit par première intention. Le drain fut retiré le 9^e jour, et le trajet se ferma aussitôt.

Le 21^e jour après l'opération, le 25 octobre, la sonde fut retirée de la vessie et la malade fut autorisée à se lever. Il lui restait alors un certain degré d'irritabilité de la vessie qui alla en s'atténuant; en effet, deux semaines après, la malade pou-

vait garder ses urines pendant 3 heures, et à partir du 24 novembre, la guérison s'est maintenue; la mère n'a pas nourri son enfant qui, néanmoins, a prospéré, malgré l'allaitement artificiel.

Voilà le quatrième cas de laparo-élytrotomie de ma pratique personnelle; sur mes quatre opérées, je n'en ai perdu qu'une; dans les trois autres cas, les mères et les enfants ont été sauvés. A chaque nouveau succès, je demeure de plus en plus convaincu de l'immense supériorité de ce mode opératoire sur l'opération césarienne, tout au moins pour les cas de cette espèce. Son exécution est plus simple et plus sûre.

Il importe, pour le succès de l'opération, que la dilatation soit complète; or, dans le cas de rétrécissement du bassin, elle se fait d'ordinaire assez mal. Mais il est aisé de la produire après qu'on a incisé le vagin. Il faudra y recourir toutes les fois que, après une expectation raisonnable, elle ne se sera pas faite spontanément.

Les hémorrhagies, qui ne peuvent provenir que des lésions des artères épigastriques, ne sauraient, en aucun cas, constituer un accident grave; on doit éviter le plus soigneusement possible de blesser la vessie, ce que l'on pourra faire généralement; la déchirure peut difficilement être évitée dans le cas de brièveté du vagin et de déplacement latéral de la vessie qui porte cet organe au point même où il convient d'inciser le vagin.

Si cet accident survient, il ne faut pas s'en inquiéter outre mesure, ces déchirures guérissant facilement et n'entraînant pas de suites fâcheuses.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Quand l'incision abdominale est faite, quand le péritoine est décollé, on trouve à découvert le champ opératoire propre à la laparo-élytrotomie.

Il va de soi que la grossesse a changé les rapports de l'anatomie normale et que l'opérateur a sous les yeux une région dont les organes sont plus ou moins modifiés dans leur situation.

M. Polk, professeur d'accouchements à l'Université de New-York, a essayé, par une dissection faite sur des femmes mortes à la fin de la grossesse, d'établir l'anatomie encore mal connue du champ opératoire de la laparo-élytrotomie.

M. Poulet, de Lyon, accompagne son observation de laparo-élytrotomie de considérations anatomiques que nous avons également mises à contribution.

Enfin, M. Ricard a exposé l'anatomie normale de l'artère utérine et de l'uretère, dans un article récent de la *Semaine médicale*, où nous avons trouvé des données précieuses pour notre sujet.

Or, voici ce qu'il importe de connaître quand on veut faire une laparo-élytrotomie.

A la fin de la grossesse, rien n'est changé dans la fosse iliaque; mais les annexes de l'utérus sont modifiées grâce à leur rapport avec l'utérus augmenté de volume par l'état de gravidité. Pour ce qui est des organes flottant librement dans le péritoine, nous n'avons pas à nous en occuper, attendu que le champ opératoire

reste extra-péritonéal ; mais certains organes sont sous-péritonéaux ; tels l'uretère, l'artère utérine, l'artère ovarienne ; disons tout de suite que l'artère ovarienne, qui se rend à la corne utérine, est très élevée au-dessus du champ opératoire et, par conséquent, nous n'avons pas à tenir compte de son changement de situation.

Il ne nous reste donc à envisager que l'utérus, la partie supérieure de la paroi latérale du vagin, l'artère utérine, l'uretère, le ligament rond, le ligament large et la partie décollée du péritoine.

1° *Utérus*. L'utérus gravide à terme est situé au-dessus de l'aire du détroit supérieur ; cette situation physiologique est modifiée dans le cas de rétrécissement du bassin, et cet organe est alors plus élevé encore (Polk). De plus, l'utérus est dépourvu du péritoine à sa face antérieure jusqu'à 7 centimètres au-dessus du bord de l'orifice du col (Poulet).

2° *Vagin*. La partie supérieure de la paroi latérale du vagin n'est visible que si on la rend saillante dans le champ opératoire par l'introduction dans le vagin de deux doigts ou d'une tige métallique : on l'aperçoit entre le plan latéral de l'utérus et de la vessie.

3° *Artère utérine*. A *En dehors de la grossesse*. L'artère utérine naît de l'iliaque interne, immédiatement au-dessous de l'obturatrice. Elle descend obliquement en bas, en dehors et en avant sous le péritoine, pénètre dans l'épaisseur du ligament large et, grâce à son obliquité, elle arrive rapidement près des bords de l'utérus, après un trajet de 6 à 7 centimètres. Pour atteindre cet organe, elle change de direction, se réflé-

chit, de descendante devient transversale, puis ascendante et, cheminant sur les bords de l'utérus, elle gagne la partie supérieure du ligament large. En ce point, elle rencontre la terminaison de l'artère utéro-ovarienne et se continue directement avec elle. Ainsi se trouve constituée une grande arcade anastomosique, réunissant l'aorte à l'artère iliaque interne et rendant solidaires la circulation utérine et celle des organes annexes.

En résumé, l'artère utérine a une portion descendante, une portion incurvée et réfléchie ou intermédiaire, et une portion ascendante ou utérine.

La *première portion* chemine dans le tissu sous-péritonéal. Elle est onduleuse plutôt que flexueuse et d'un trajet presque rectiligne. Elle peut donner naissance, mais d'une façon inconstante, à une artère vaginale et quelquefois à une artère vésicale qui vient se perdre dans les parties latérale et supérieure de la vessie. Dans ce trajet, l'artère utérine est en rapport avec l'uretère qui, situé au-devant de l'artère, descend plus obliquement que celle-ci et, par conséquent, s'entre-croise avec elle et dans un rapport toujours le même, l'artère passant en avant, l'uretère demeurant en arrière. Le contact de ces deux organes a lieu généralement sur un trajet de 2 à 3 centimètres et, sur certains sujets, l'uretère se trouve compris dans les flexuosités naissantes du vaisseau artériel. Ces rapports sont d'autant plus intimes qu'on les envisage sur un point plus inférieur. Mais l'artère ne tarde pas à s'échapper, s'incurvant rapidement en dedans pour décrire sa courbure. A ce point précis, la courbe artérielle naissante

se trouve au-devant, au-dessus, puis en dedans de l'uretère. Ce point correspond à l'isthme de l'utérus, dont il est distant de 2 centimètres environ.

La *seconde portion* de l'utérine est très courte; elle occupe 2 centimètres à peu près, formant une courbe à concavité supérieure, où déjà se manifestent davantage les flexuosités artérielles, la convexité de cette courbe regarde la convexité que forme l'insertion du vagin sur la partie latérale de l'utérus; elle en est séparée par du tissu assez dense, riche en vaisseaux veineux et ressemblant à du tissu musculaire lisse dont l'épaisseur est de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Cette distance est si minime que si une injection solidifiée a rempli le calibre de l'artère, on peut facilement le constater par le toucher vaginal, le doigt étant placé dans le cul-de-sac latéral du vagin.

Cependant, les rapports de l'utérine et du cul-de-sac du vagin n'ont rien de bien fixe, rien qui rappelle les points si précis utilisés pour la ligature des artères des membres. Aussi, un fil à ligature passé à travers les parties molles dans la profondeur du cul-de-sac latéral peut, dans certains cas, étreindre l'artère et ne pas l'étreindre dans d'autres. Nous n'avons pas pu arriver, à cet égard, à des résultats toujours identiques. Le seul fait positif qui se dégage, c'est que dès que le cul-de-sac latéral du vagin est incisé, le bistouri arrive rapidement sur la portion réfléchie de l'utérine. Mais si le bistouri s'éloigne du col, s'il coupe dans la muqueuse vaginale en creusant verticalement, pour peu qu'il s'éloigne de 1 ou 2 centimètres de l'insertion

utérine, il rencontre fatalement et inévitablement l'uretère. De cette courbe artérielle naissent un grand nombre de branches en général grêles, flexueuses comme le tronc principal. Au nombre de 5 à 6, elles suivent à peu près la direction obliquement descendante de la première partie de l'utérine, divergeant en bas et en dedans; elles arrivent au cul-de-sac vaginal antérieur et descendent dans la cloison vésico-vaginale, reliant ainsi la circulation artérielle de la vessie à celle de l'utérus et du vagin, et méritant le nom de vésicales postérieures ou mieux d'artères vésico-vaginales. C'est au milieu de ces branches disposées en éventail que l'uretère s'engage pour pénétrer dans la vessie. Le volume de quelques-unes de ces artères et leur nombre expliquent les hémorrhagies vaginales au cours de l'hystérectomie et si redoutables après, lorsque les ligatures ont été mal placées.

La *troisième portion* de l'utérine est verticalement ascendante; très tortueuse, elle présente des flexuosités irrégulières incrustées dans le tissu utérin où le scalpel les suit péniblement, et se rattache à l'utérus par de nombreuses artérioles qui pénètrent dans le corps de l'organe. L'artère est souvent cachée par ces fibres musculaires qui émanent de l'utérus et qui, comme l'a décrit Rouget, vont constituer une véritable doublure aux feuillets séreux du ligament large.

A l'origine de cette troisième portion se voient une ou deux branches transversales qui entourent l'isthme de l'utérus et vont s'anastomoser avec celles du côté opposé.

Si nous résumons le rapport réciproque de l'uretère et de l'artère utérine, nous pouvons dire : dans la première portion de son trajet, l'artère et l'uretère sont en contact ; mais loin du couteau de l'opérateur et à moins de creuser dans la profondeur du ligament large, leur blessure est peu à redouter. Il n'en est pas de même au niveau de la 2^e portion de l'utérine ou plutôt au niveau de ses branches vésico-vaginales. L'uretère à cet endroit se trouve au milieu des rameaux de l'utérine et cela sur les parties latérales du cul-de-sac antérieur. On peut dire que c'est en ce point que l'uretère est le plus exposé aux instruments du chirurgien et principalement aux pinces ou fils à ligature destinés à l'hémostase des artères vésico-vaginales. Il ne faut pas croire que l'hémorrhagie de ces artères vésico-vaginales soit insignifiante et que leur hémostase soit toujours aisée. C'est ainsi que M. Tarnier, faisant une hystérectomie vaginale, vit un flot de sang artériel faire issue par le vagin au moment de l'incision. Ces considérations anatomiques faites par le Dr Ricard (*Sem. méd.*, 2 fév. 1887) au point de vue de l'hystérectomie vaginale peuvent, en partie, être utilisées pour l'opération de la laparo-élytrotomie ; c'est la raison qui nous a décidé à les transcrire ici.

B. *A la fin de la grossesse.* — L'artère utérine est notablement dilatée. De plus, par suite de l'élévation de l'utérus gravide, la portion intermédiaire ou deuxième portion de l'utérine est également élevée et une partie de la troisième portion est détachée du bord utérin où elle rampe dans un tissu cellulaire peu dense. Dans le cas de rétrécissement du bassin, l'utérus étant encore plus élevé au-

dessus du détroit supérieur, l'artère utérine a un trajet presque transversal; de son origine, elle se dirige en dedans et en haut, vers le bord de l'utérus. Plus l'utérus est haut placé au-dessus du détroit supérieur, plus l'artère utérine est située sur un plan élevé de l'excavation, mais *elle reste toujours avec l'uretère au-dessous du détroit supérieur.*

4° *Uretères.* — Les uretères sont éloignés de la paroi du bassin et élevés au-dessus du niveau qu'ils occupaient avant la grossesse. Cette élévation varie avec l'élévation de l'utérus et dépend en conséquence du degré de rétrécissement du bassin. Si nous nous rappelons les rapports de la paroi postéro-inférieure de la vessie avec la paroi vaginale antérieure, ainsi que ceux qui existent entre le vagin et l'uretère, si nous nous souvenons que le vagin est élevé et allongé par suite de la traction opérée par l'utérus gravide dans son mouvement d'ascension, il nous paraîtra évident qu'il doit y avoir un léger soulèvement de la paroi vésicale postéro-inférieure et un soulèvement correspondant de l'uretère. De plus, l'uretère, dans la partie de son trajet située en arrière du vagin, est soulevé par le mouvement d'élévation des ligaments larges. Enfin une partie de la vessie, ainsi que l'a montré Braun, est élevée au-dessus du pubis, ce qui contribue encore à élever l'uretère. En conséquence, à la fin de la grossesse, la partie pelvienne de l'uretère est élevée au-dessus de sa situation normale.

Dans un bassin à dimensions normales, l'uretère quitte la paroi du bassin, passe au-dessous du ligament large, et se dirige en avant, en dedans, un peu de haut en bas,

passé à peu près à égale distance de la paroi du bassin et de l'insertion latérale du vagin sur le col utérin, longe de très près la paroi antéro-latérale du vagin en augmentant sa direction en dedans, longe ensuite la base de la vessie à 1,8 centimètres au-dessous de l'insertion du vagin sur le col, et pénètre dans la vessie en un point situé à 5 centimètres en arrière de l'épine du pubis. Une ligne tracée de la bifurcation de l'artère iliaque primitive à l'épine du pubis donnera un aperçu de la direction de l'uretère. (Polk.)

De tout ce qui précède, il résulte que le niveau de l'uretère à terme ne peut pas être fixé absolument. Cependant Polk donne les chiffres suivants pour un bassin normal : l'uretère à son entre-croisement avec l'artère iliaque primitive se trouve à 1,25 centimètres au-dessous du détroit supérieur ; au niveau de l'extrémité du diamètre transverse du détroit supérieur l'uretère se trouve à 2,5 centimètres au-dessous du détroit supérieur ; enfin, à la hauteur de l'épine du pubis, l'uretère se trouve à 5 centimètres au-dessous du détroit supérieur ou à 5 centimètres en arrière de l'épine du pubis.

Ainsi donc, à la fin de la grossesse, l'artère utérine et l'uretère sont élevés au-dessus de leur situation normale, mais ils restent au-dessous du détroit supérieur. Dans un bassin très rétréci, l'uretère et l'utérine peuvent se rapprocher du plan du détroit supérieur par suite de l'élévation exagérée de l'utérus.

5° *Ligament large et ligament rond. Partie décollée du péritoine de la fosse iliaque.* — Outre les changements de situation et de forme que le ligament large

subit par suite de la grossesse, il entraîne un décollement du péritoine au-dessus du détroit supérieur. Ce décollement est dû en partie à la traction de l'utérus qui s'est élevé considérablement; en partie au ligament rond.

En dehors de la grossesse, le ligament rond longe les vaisseaux iliaques au-dessus desquels il se trouve; pendant et surtout à la fin de la grossesse, ce ligament est considérablement élargi et allongé, mais il est tendu de la corne utérine à l'anneau inguinal interne, et se trouve éloigné des vaisseaux iliaques.

On comprend que la tension du ligament rond diminue l'adhérence du péritoine avec la fosse iliaque et opère à la longue le décollement dans la partie antérieure de cette fosse.

On peut démontrer ce fait par les deux expériences suivantes : 1° Si on soulève l'utérus gravide à terme par une forte traction, on produit le décollement du péritoine de toute la fosse iliaque. 2° Si on pratique une incision des parois abdominales au-dessus de l'arcade crurale, en dehors de l'anneau inguinal interne, et si, tandis qu'on repousse le fond de l'utérus du côté du corps opposé à celui où l'on a fait l'incision, on introduit la main dans celle-ci, on peut pénétrer dans le bassin au niveau de l'anneau inguinal, sans toucher au péritoine qui est déjà décollé. (Polk.)

On comprend que ces faits ont une grande importance et que ces nouvelles dispositions anatomiques du péritoine facilitent singulièrement le décollement du péritoine nécessaire pour permettre à l'opérateur d'arriver sur la paroi latérale du vagin.

MANUEL OPÉRATOIRE

La laparo-élytrotomie est une opération chirurgicale dont la description, pour être bien comprise, a besoin d'être faite avec méthode.

Nous allons dire d'abord quelles sont les indications et les conditions de cette opération ; nous exposerons ensuite les soins préliminaires qui doivent être donnés à la femme que l'on va opérer. Nous continuerons par la description des divers temps de l'opération proprement dite. Enfin, nous terminerons par l'énoncé des soins consécutifs ou traitement de l'opérée.

1^o INDICATIONS DE LA LAPARO-ÉLYTROTOMIE. — Cette opération ayant pour but de délivrer les femmes qui ne peuvent pas être accouchées par les voies naturelles, en extrayant l'enfant par le col utérin, sera indiquée dans tous les cas de dystocie frappant le canal génital au-dessous du col ; les rétrécissements du bassin, qu'ils siègent au-dessus du détroit supérieur, au niveau du détroit supérieur, dans l'excavation ou au détroit inférieur ; les tumeurs qui oblitèrent le canal vaginal, peuvent commander cette opération. Quant au degré de rétrécissement qui est nécessaire pour légitimer cette opération, il devra être assez grand pour empêcher l'extraction de l'enfant vivant par le forceps ou par la version. Les indications sont les mêmes que celles de l'opération césarienne.

2° CONDITIONS DE LA LAPARO-ÉLYTROTOMIE. — Cette opération ayant pour but principal de sauver les deux existences confiées à l'accoucheur, celle de la mère et celle de l'enfant, il est de toute évidence que ce dernier doit être vivant et viable, c'est-à-dire apte à vivre de la vie extra-utérine. De plus, la mère devra consentir formellement à l'opération.

C'est à elle seule qu'appartient le droit de décider, dans les cas d'indication relative, c'est-à-dire dans les rétrécissements de 54 à 75 millimètres, si elle accepte cette opération, ainsi que l'a du reste si nettement établi Nægelé (*Traité d'accouchements*, 2^e édition française, page 367) dans les termes suivants : « Lorsque l'indication est seulement relative, et que la mère, saine d'esprit, après mûre réflexion, refuse formellement de se soumettre à l'opération, ce serait une cruauté injustifiable de l'y contraindre . . . ; la mère seule (et nul autre, aussi peu son mari que le médecin) a le droit de décider si elle veut, pour sauver son existence, sacrifier celle de son enfant. Si elle refuse l'opération césarienne, l'accoucheur est tenu, puisqu'elle ne peut s'aider elle-même, de terminer l'accouchement par les moyens que son art lui fait connaître comme le mieux appropriés à la circonstance. Si, dans un pareil cas, la vie de la mère est évidemment menacée par la prolongation du travail, et si la perforation est indiquée, il faut procéder à cette opération *quand bien même le fœtus serait encore vivant.* »

Attendre, pour pratiquer l'embryotomie, la mort spontanée du fœtus, afin de mettre sa conscience à l'a-

bri de tout reproche, est une mauvaise interprétation des devoirs du médecin. De pareils scrupules deviennent, ainsi que l'a dit M. le professeur A. Herrgott, des *scrupules homicides*. Pourquoi attendre, puisque le fœtus ne peut être extrait qu'amoindri et qu'on ne peut espérer l'avoir vivant que par une opération refusée par la mère? L'attente devient doublement mortelle; elle tue le fœtus et peut tuer la mère; donc, dès que le médecin verra que l'accouchement est impossible et que la vie de la mère est menacée, il devra intervenir, ainsi que l'a dit Nægelé, quand bien même le fœtus serait encore vivant.

Heureusement, nous croyons pouvoir rendre ce témoignage au sentiment maternel si vif et si puissant, qu'il ne se trouvera que peu de mères capables de refuser de se prêter à une opération qui a pour but de sauver leur enfant.

Du reste, ainsi que le montre la statistique de nos observations, cette opération faite dans de bonnes conditions est si peu meurtrière, que l'opérateur pourra aisément obtenir le consentement des mères même les plus pusillanimes. L'opération une fois décidée en principe, quel est le moment le plus favorable à son exécution? De la lecture de nos observations résulte ce fait que l'opération aura d'autant plus de chance de succès qu'elle aura été pratiquée à un moment plus rapproché du début du travail, c'est-à-dire avant la rupture des membranes ou immédiatement après cette rupture, alors que la dilatation est complète ou que le col est dilatable. Il faut aussi que l'opération n'ait pas été pré-

cedée de manœuvres obstétricales prolongées ou répétées, qui ne peuvent qu'épuiser la mère, comme le ferait aussi un travail de plusieurs jours. Ce précepte qui, malheureusement, n'a pas pu être appliqué dans tous les cas de laparo-élytrotomie publiés jusqu'à ce jour, est de la plus grande importance. N'est-il pas suivi et chaudement préconisé par Léopold et Säger dont les succès, pour l'opération césarienne, sont si remarquables et s'expliquent peut-être autant par la fidélité avec laquelle ces opérateurs heureux l'ont suivie, que par leur procédé de suture séro-séreuse de l'utérus? Du reste, l'intervention hâtive sera également favorable aux enfants.

3° SOINS PRÉLIMINAIRES. — A. On devra opérer dans une chambre isolée, à une température de 18° à 20°, dans une atmosphère de vapeur phéniquée. Tous les instruments, toutes les éponges, devront être trempés dans une solution antiseptique; le lit doit être dur et élevé; le mieux est d'opérer sur une table, sur laquelle on disposera un matelas ou une couverture en laine pliée en quatre, recouverte d'un drap. La femme sera mise dans la situation qu'on lui donne lorsqu'on veut faire l'opération césarienne.

B. Quatre aides sont nécessaires : l'un pour pratiquer l'anesthésie chirurgicale; un autre pour assister l'opérateur, c'est l'aide principal; un troisième pour donner les instruments à l'opérateur; un quatrième, autant que possible une sage-femme, qui sera chargée de recevoir l'enfant et de lui donner les premiers soins.

C. Sur une table, près d'une fenêtre, on placera tout

ce qu'il faut pour ranimer l'enfant, au cas où il naîtrait en état d'asphyxie ou de mort apparente.

D. Les instruments nécessaires sont : un grand bistouri à tranchant un peu convexe, un bistouri droit boutonné et à lame étroite, une sonde cannelée, des pinces à dissection et à forcipressure, des écarteurs, des ténaculums, des ciseaux, des aiguilles et porte-aiguilles, des fils de soie, de catgut et d'argent, des drains, des compresses, des éponges et tout ce qu'il faut pour faire un pansement antiseptique.

E. On n'oubliera pas de vider préalablement les réservoirs : le rectum à l'aide d'un lavement ou, si on a le temps, par un léger purgatif; la vessie au moment de l'opération, à l'aide du cathétérisme; on fera une injection vaginale avec une solution de sublimé au 2000° et on lavera les téguments de l'aîne.

4° OPÉRATION. — Les préparatifs terminés, on pratique l'opération qu'on peut diviser en quatre temps.

1^{er} temps. — Le chirurgien incise l'abdomen suivant une ligne parallèle au ligament de Poupert, à un ou deux centimètres au-dessus de lui, qui, partant de l'épine du pubis, se dirige jusqu'aux environs de l'épine iliaque antéro-supérieure. Quant à la longueur de l'incision, elle devra mesurer de 15 à 17 centimètres; en effet, c'est à travers cette plaie que doit passer la tête du fœtus qui, au niveau de son plus petit diamètre antéro-postérieur, c'est-à-dire du sous-occipito-bregmatique, offre une circonférence de 30 à 34 centimètres; les deux lèvres d'une incision de 15 à 17 centi-

mètres de longueur pourront, en s'écartant, laisser passer la tête suivant cette circonférence minimum, et même, en raison de l'élasticité des tissus, suivant la circonférence sous-occipito-frontale qui est un peu plus considérable (Budin-Masson). Dans ce premier temps, on devra inciser la paroi abdominale plan par plan, en respectant le péritoine; c'est dans ce premier temps aussi qu'on sectionnera l'artère épigastrique, dont les deux bouts ainsi que ceux des autres artérioles coupées seront saisis avec des pinces hémostatiques.

L'opération peut-elle être faite indifféremment sur l'un ou l'autre côté? Presque tous les opérateurs ont préféré le côté droit, quand ils avaient l'embarras du choix; mais cette manière d'agir repose sur un fait dont on a, selon nous, exagéré l'importance: on a craint, en pratiquant l'incision à gauche, de blesser le rectum; cette crainte est chimérique, puisque dans sa seconde opération Baudelocque neveu a fait l'extraction du fœtus sans léser l'intestin; et Dandridge, plus récemment, a choisi également l'aîne gauche sans déterminer de déchirure du rectum. Polk a fait des expériences sur le cadavre qui confirment le dire de Baudelocque et de Dandridge. Enfin dernièrement, Pouillet a choisi le côté gauche et le procès-verbal de l'autopsie ne relate pas de lésion du rectum. Nous croyons donc qu'il est indifférent que l'opération se fasse à droite ou à gauche. Le choix du côté, s'il s'imposait, devrait dépendre de l'obliquité de l'utérus ou de la forme du rétrécissement du grand bassin.

L'opération peut-elle être répétée sur le même côté

dans une grossesse ultérieure? Le cas ne s'est pas encore présenté; il est probable que la cicatrice de la première opération causerait des difficultés pour une seconde opération cependant, dans un cas de Skene, cet opérateur trouva des lésions de pelvi-péritonite adhésive qui, malgré des difficultés opératoires, ne l'empêchèrent pas de mener à bien l'extraction du fœtus; de sorte qu'on peut dire qu'il est probable que la cicatrice d'une opération antérieure ne constituerait pas un obstacle insurmontable. Cependant, on fera bien, avant que l'expérience sur le cadavre ait tranché la question, de faire l'incision du côté opposé à la première opération. Il n'y a pas de raison pour qu'on aille de plein gré au-devant des difficultés, si on peut tourner celles-ci.

2^e temps. — On décolle le péritoine de la fosse iliaque interne en se dirigeant vers l'insertion du vagin au col de l'utérus; si, comme le conseille Poullet, on attend que le col soit complètement dilaté, le décollement s'est fait tout seul par l'effet de l'ascension du segment inférieur de l'utérus au-dessus du détroit supérieur, et ce temps de l'opération est simplifié.

3^e temps. — Au commencement de ce temps, on cherche à faire saillir dans la plaie la partie supérieure de la paroi latérale du vagin. Pour ce faire, on peut introduire dans le vagin l'index et le médius gauches, et après avoir écarté ces deux doigts, faire entre leurs extrémités l'incision du vagin, ainsi que le fit Baudelocque et que le recommandent Budin et Masson; on peut imiter la conduite de MM. Gaillard Thomas, Skene, Gillette et Hime, qui repoussent le vagin vers l'ouverture abdominale à

l'aide d'une sonde en acier, sur le bec de laquelle ils pratiquent ensuite la section de ce conduit ; on pourra, comme l'ont fait Dandridge et une fois Gaillard Thomas, inciser sur un seul doigt introduit dans le vagin par l'opérateur ou un de ses aides. Enfin, on pourra, comme Poulet, de Lyon, refouler le vagin avec une cuiller de forceps.

Quant à nous, nous conseillons de préférer l'incision sur le bec d'une sonde métallique, si toutefois l'opérateur en a à sa disposition. On pourra toujours, au préalable, s'enquérir de l'épaisseur du vagin et de l'absence, au point où l'on se propose de faire l'incision, de tout vaisseau important et de l'uretère, en plaçant un doigt dans le vagin et la main dans le fond de la plaie.

Quel est maintenant l'endroit précis où l'opérateur devra faire l'incision de la paroi latérale du vagin ? Si l'on veut bien se reporter à l'anatomie de la région chez une femme à terme, on se souviendra que nous avons établi avec Polk que l'artère utérine et l'uretère, bien qu'élevés au-dessus de leur situation normale, restaient au-dessous des plans du détroit supérieur ; que, de plus, l'uretère a une direction, dans son parcours pelvien, de dehors en dedans, d'arrière en avant et de haut en bas ; que situé à son entre-croisement à 1^{cm},25, il se trouvait au niveau du diamètre transverse à 2^{cm},5, et enfin à la hauteur de l'épine du pubis, à 5 centimètres au-dessous du plan du détroit supérieur.

Si l'on faisait l'incision au-dessous de l'uretère au moment de l'extraction de l'enfant, l'uretère serait repoussé en haut et en dedans au-dessus du détroit su-

périeur, où il subirait une distension forcée, puisque sa situation se trouve au-dessous du plan du détroit supérieur, et que la tête ne peut être dégagée qu'au-dessus de ce plan. Cette distension n'est pas une manœuvre recommandable, d'autant plus qu'elle s'exercerait également sur la compagne de l'uretère, l'artère utérine.

Si, au contraire, on pratique l'incision vaginale au-dessus de l'uretère ainsi que le recommandent Polk et Poulet et que l'ont fait Gaillard Thomas, Skene, etc., l'extraction du fœtus se faisant au-dessus du détroit supérieur, l'uretère et l'artère utérine sont faiblement refoulés en bas et en dehors, et ne subissent qu'un très faible déplacement. Cela résulte d'ailleurs d'expériences faites sur le cadavre par Polk qui a opéré après avoir placé un stylet dans l'uretère et par Westbrook, de Brooklyn.

Nous recommandons par conséquent de pratiquer l'incision vaginale *au-dessus de l'uretère*. Quant à la distance de l'incision du fond du cul-de-sac vaginal, on est d'accord pour la conseiller *le plus près possible de l'insertion du vagin sur le col utérin ; si on ne dépasse pas 2 centimètres au-dessous de la jonction du vagin avec le col, on est sûr de ne pas blesser l'uretère (Polk) qui se trouve situé plus bas en dehors de la zone opératoire dangereuse pour lui.*

Pour exécuter le 4^e temps dont nous allons parler, il faut, au préalable, agrandir l'incision vaginale : celle-ci doit être assez grande pour permettre l'introduction des deux index qui, recourbés en crochet, pourront donner

à la plaie vaginale une étendue suffisante pour permettre l'introduction de la main allant à la recherche du col utérin. Nous croyons que la direction à donner à la plaie vaginale n'est pas sans importance ; en effet, la manœuvre d'extraction de l'enfant peut amener soit une déchirure transversale, soit une déchirure verticale, soit une déchirure oblique du vagin. M. Gaillard Thomas a pratiqué la déchirure longitudinale, M. Skene, la déchirure transversale. Garrigues, de New-York, ayant fait des expériences sur le cadavre, dit que la déchirure transversale n'est pas difficile, mais qu'on risque de blesser la vessie par la déchirure de la cloison vésico-vaginale, comme cela est arrivé à M. Skene; que la déchirure longitudinale pratiquée par M. Gaillard Thomas est difficile, en raison de la résistance des fibres musculaires transversales, mais qu'on n'évite pas toujours la blessure de la vessie, ainsi que cela est arrivé une fois à M. Gaillard Thomas. Il est d'avis que la meilleure direction à donner à la déchirure est la direction oblique ; en effet, les fibres du plan musculaire le plus fort du vagin ont une direction oblique en dedans, en bas et en avant ; il recommande donc de faire une boutonnière au vagin puis de prolonger l'incision parallèlement au détroit supérieur en arrière de la boutonnière. De cette façon, la déchirure s'agrandira en arrière et en haut plutôt qu'en bas et en avant ; on évitera ainsi la déchirure de la vessie. Quant à Pouillet, de Lyon, il a pratiqué une incision transversale du vagin au-dessus de l'uretère, puis il a agrandi l'ouverture en incisant longitudinalement le col et la lèvre inférieure de l'incision vaginale.

4^e temps. — Tandis qu'un aide incline fortement l'utérus du côté opposé à celui où se trouve la plaie opératoire, de manière à ramener l'orifice utérin au niveau de cette plaie, l'opérateur introduit la main dans le vagin, puis cherche à pénétrer dans la cavité utérine. Si la dilatation n'était pas complète et que le col soit rigide ou contracté sur la partie fœtale qui se présente, après écoulement du liquide amniotique, comme cela est signalé dans plusieurs observations (Gillette, Dandridge), on peut se trouver dans l'obligation d'achever la dilatation avec la main ou le dilatateur de Barnes, ou encore de pratiquer le débridement du col. Si le col est dilaté ou dilatable, on fait la version si elle est possible; sinon on recourt à l'extraction avec le forceps. Chez une de ses opérées, M. Skene dut appliquer le forceps et put retirer un enfant vivant; Gillette ne put extraire un enfant mort depuis quelques jours qu'au moyen du céphalotribe.

Dans le cas où l'on éprouverait quelques difficultés à faire franchir à la tête la plaie vaginale, plutôt que de s'exposer, par des tractions réitérées, à augmenter les dimensions de cette plaie et à déchirer la paroi vésicovaginale, on pourrait, après avoir introduit deux doigts dans la cavité buccale de l'enfant, aider le plus possible au mouvement de flexion de la tête sur le sternum, de façon à substituer aux diamètres plus grands, occipito ou sous-occipito-mentonniers, les diamètres plus petits sous-occipito-frontal et sous-occipito-bregmatique (Masson).

Si on se sert du forceps pour extraire la tête, il faut

prendre des précautions pour ne pas déchirer le péritoine, accident qui est arrivé à Poulet et qui a entraîné la mort de l'opérée par péritonite aiguë; on ferait bien, en semblable circonstance, de faire maintenir le péritoine décollé par un aide.

Après l'extraction de l'enfant, on pratique immédiatement la délivrance.

L'opération étant terminée, il reste une plaie de la fosse iliaque communiquant avec le vagin. Cette plaie devra être nettoyée avec soin; on pourra alors s'assurer de l'état du péritoine, de la vessie et de la plaie vaginale; généralement, l'hémorrhagie est peu abondante et l'hémostase s'obtient facilement par la ligature, la torsion du vaisseau ou par le thermo-cautère. Il faut absolument faire le drainage du trajet abdomino-vaginal qui a reçu l'approbation de tous les auteurs et qui est sans doute une condition indispensable de succès (Poulet). Enfin, on suturera la plaie abdominale avec des fils d'argent en ménageant, à l'angle inférieur de la plaie, un passage pour le drain qui arrivera jusqu'à l'entrée du vagin. On fera, par-dessus la plaie, le pansement d'après les principes de la méthode antiseptique.

5° SOINS CONSÉCUTIFS. — A. *Traitement chirurgical.*
Si l'on a suivi exactement les règles de l'antisepsie la plus rigoureuse, et si l'on prend soin, par des injections vaginales antiseptiques répétées, d'empêcher le passage de lochies dans la plaie, les liquides qui s'y forment s'écoulant d'autre part par le drain vaginal, la plaie sera dans de bonnes conditions; on pourra alors es-

pérer la réunion par première intention et on ne fera le 2^e pansement que trois à quatre jours après l'opération. Si on ne recherche que la réunion par seconde intention, on fera bien de répéter le pansement tous les jours et de faire le lavage antiseptique de la plaie. Quand l'écoulement des liquides et du pus sera tari, on pourra retirer le drain et le trajet se cicatrisera rapidement. Dans le cas où il y aurait une fistule vésico-vaginale, on placerait une sonde à demeure pour empêcher la pénétration de l'urine dans la plaie, comme cela a eu lieu chez les opérées de MM. Skene et Gaillard Thomas, et on attendrait la guérison spontanée de la fistule, ainsi que cela a lieu chez l'une des opérées de M. Gaillard Thomas et chez deux opérées de M. Skene; si cette guérison tardait à se faire ou ne se faisait pas, on recourrait à l'opération de la fistule vésico-vaginale, ainsi que l'a fait M. Skene avec un succès complet.

B. *Traitement médical.* Le traitement médical aura à combattre la fièvre liée à la résorption des liquides septiques sécrétés par la plaie, si cela a lieu, et les accidents dus à l'état puerpéral ordinaire.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Notre étude clinique de la laparo-élytrotomie a pour but de porter un jugement sur la valeur de cette méthode opératoire ; or, pour asseoir notre jugement sur une base solide, nous devons, d'une part, nous appuyer sur l'analyse des faits observés, d'autre part, comparer les résultats qu'elle donne avec ceux qui sont propres aux opérations qui visent au même but qu'elle.

Par l'analyse des opérations publiées jusqu'à ce jour nous mettrons en lumière les conditions du manuel opératoire inhérent à l'opération et les suites immédiates de cette dernière : accidents consécutifs, succès ou insuccès, et nous dégagerons ce qui est étranger à l'opération elle-même : les mauvaises conditions de l'opérée et les fautes opératoires imputables au seul chirurgien. Cette étude nous permettra de juger de la valeur intrinsèque de la laparo-élytrotomie. Mais, ainsi que nous l'avons, à plusieurs reprises, donné à entendre, la laparo-élytrotomie n'est pas plus la seule méthode susceptible de répondre aux indications auxquelles donne lieu l'impossibilité où se trouve l'accoucheur de faire la délivrance par les voies naturelles, que l'opération de Porro ou l'opération césarienne moderne (procédé de Sängér), et le chirurgien, en présence des résultats favorables qui sont à l'actif de chacune de ces trois opéra-

tions, est nécessairement amené à en faire l'étude comparative avant de donner sa préférence à l'une ou à l'autre d'entre elles. Nous ne pourrions donc juger complètement de la valeur de la laparo-élytrotomie qu'après avoir comparé ses avantages et ses inconvénients à ceux des opérations de Porro et de Sängér. Cette seconde étude nous fera connaître la valeur extrinsèque de la laparo-élytrotomie.

Après cette double étude, la question de la laparo-élytrotomie apparaîtra nettement dégagée de toute obscurité, et nous aurons établi alors ce qui est la vérité, dans l'état actuel de nos connaissances.

VALEUR INTRINSÈQUE DE LA LAPARO-ÉLYTROTOMIE. — Nous avons déjà exposé au long, dans le chapitre *Procédé opératoire*, les règles que le chirurgien doit suivre pour parfaire cette opération. Il ne viendra à l'esprit de personne de soutenir que cette opération est difficile, pleine de dangers. En effet, de l'aveu de tous ceux qui l'ont entreprise, soit sur le cadavre, soit sur le vivant, la laparo-élytrotomie est d'une exécution facile et aucun d'eux ne la range parmi les opérations qui mettent en danger extrême les opérées qui la subissent.

L'incision de la paroi abdominale ne rencontre aucune difficulté, à condition qu'on la fasse à 1 ou 2 centimètres au-dessus du ligament de Poupart; faite de 15 à 17 centimètres de long, elle suffit largement à donner l'espace nécessaire au passage de la tête fœtale. Le péritoine décollé déjà en partie par suite de l'élévation de l'utérus, cède aisément devant les doigts qui le dé-

tachent de la fosse iliaque. Dans le fond de la plaie se trouvent des vaisseaux importants et l'uretère ; mais il est impossible de blesser les gros vaisseaux, à moins de la plus insigne maladresse ; quant à l'uretère, il se trouve au-dessous du détroit supérieur et reste au-dessous du champ d'extraction du fœtus ; *l'incision du vagin se fait en effet le plus près possible de son insertion sur le col, c'est-à-dire au-dessus de l'uretère et de l'artère utérine, sa compagne*. On n'a donc pas à craindre de blesser l'uretère et de produire une hémorrhagie dangereuse. Par l'incision oblique du vagin, comme le conseille Garrigues, on évitera de blesser la vessie au moment de la déchirure de cet organe par le passage du fœtus. L'extraction de l'enfant est généralement facile, si on opère à la fin de la période de dilatation avant la rupture des membranes, cette extraction se faisant alors par les pieds ; l'application du forceps n'est non plus difficile si l'utérus n'est pas contracté après l'écoulement du liquide amniotique.

Quant aux suites immédiates de l'opération, si on a évité la blessure de la vessie et si on a fait un pansement antiseptique convenable, avec le drainage de la plaie, elles sont tout à fait bénignes ; la déchirure du vagin est réduite à une petite fente et guérit rapidement ainsi que la plaie abdominale.

Voilà comment les choses devraient se passer ; mais la perfection opératoire ne s'acquiert qu'après de nombreuses expériences ; fort heureusement, les fautes des opérateurs passés sont la meilleure école et la sauvegarde des opérateurs de l'avenir. Aussi nous croyons

être utile en exposant ce qui nous paraît devoir être condamné dans les opérations de laparo-élytrotomie faites jusqu'à ce jour ; en signalant, d'autre part, les mauvaises conditions des opérées, nous mettrons en évidence les causes des insuccès. Nous ferons de la sorte, dans les observations, une sélection qui constituera le meilleur criterium pour juger la valeur de l'opération elle-même.

Nous pouvons ranger nos observations en deux groupes, en éliminant les opérations faites sur le cadavre.

Le premier groupe comprend les cas dans lesquels les conditions des opérées étaient mauvaises ou sont devenues mauvaises par suite des fautes ou accidents opératoires capables de mettre leur vie en danger. Le second groupe est composé des cas où les opérées se trouvaient dans des conditions favorables au succès et où les opérateurs n'ont pas fait de fautes opératoires ou bien ont commis des fautes qui n'offraient pas, par elles-mêmes, une gravité qui pût mettre en péril l'existence des opérées.

Passons d'abord en revue les observations du *premier groupe*.

1°, 2°, 3°. L'opération de Ritgen (1822) ne résiste pas à la critique, même la plus impartiale, pas plus que les deux opérations de Baudelocque neveu (1823 et 1844). Ritgen fut arrêté par une hémorrhagie foudroyante à la suite de la blessure de nous ne savons quel vaisseau, et, sans achever la laparo-élytrotomie, cet opérateur fit sur-le-champ la section césarienne ; la mère et l'enfant succombèrent. Le contraire nous eût étonné. Baudelocque

fit une première fois l'incision du vagin à 1^{cm},5 au-dessous de l'uretère et eut une hémorrhagie considérable, due probablement à la section des artères vaginales branches de l'utérine; il fit l'opération césarienne et la femme succomba à l'hémorrhagie. Une seconde fois il eut l'idée, que personne ne qualifiera d'heureuse, de pratiquer la ligature préalable de l'artère iliaque interne; mais, par suite d'un faux mouvement, il piqua l'artère iliaque externe avec l'aiguille de Deschamp et, pour se rendre maître de l'hémorrhagie, fit la ligature de l'artère iliaque primitive. L'opérée succomba à une péritonite aiguë, et il n'est pas dit, dans le procès-verbal de l'autopsie, si la péritonite était le fait de la laparo-élytrotomie, de la ligature de l'artère iliaque primitive, ou de l'infection puerpérale.

Mais passons aux laparo-élytrotomies faites dans les années qui se sont écoulées de 1870 à 1885.

4° La première opération de Gaillard Thomas n'est pas suivie de succès, mais il ne pouvait en être autrement, puisque l'opérée se mourait de pneumonie et qu'elle serait également morte au 10^e jour de cette maladie, si on n'avait pas fait d'opération. Le but de cette laparo-élytrotomie faite *in extremis* n'était d'ailleurs pas de sauver la mère, qui n'avait pas de rétrécissement du bassin, mais d'extraire un enfant vivant non à terme qui pût recevoir le baptême avant de mourir. Ce cas ne peut donc figurer dans la statistique de la laparo-élytrotomie, destinée à juger cette méthode opératoire.

5° La première laparo-élytrotomie de Skene fut faite dans de mauvaises conditions, la femme étant épuisée

par un travail de 48 heures et ayant inutilement subi des manœuvres ayant pour but d'extraire un enfant mort après céphalotripsie. Skene dit que la femme était épuisée et qu'il ne tenta l'opération qu'avec peu d'espoir de sauver son opérée, qui mourut 7 heures après. Du reste, il n'y eut pas de faute opératoire de commise et l'opération fut exécutée en 10 minutes.

6° L'opérée de Dandridge fut encore plus maltraitée; en effet, avant de subir la laparo-élytrotomie, elle dut essuyer plusieurs applications de forceps, la version, la craniotomie, la céphalotripsie, suivie de nouvelles tentatives d'extraction de l'enfant. Il n'y eut pas de faute opératoire de commise, et on ne trouva, à l'autopsie, ni péritonite, ni déchirure de la vessie.

De bonne foi, nous ne pouvons pas imputer ces deux dernières morts à la laparo-élytrotomie.

7° La malade opérée par Hime était atteinte d'un cancer de la paroi recto-vaginale, qui oblitérait presque le vagin; elle était très affaiblie et par la cachexie cancéreuse, et par la diarrhée persistante, et par des vomissements incoercibles datant de 48 heures. Hime fit la laparo-élytrotomie en 20 minutes; il amena un enfant vivant. La femme ayant succombé peu après, on ne trouva, à l'autopsie, aucune trace de faute opératoire. Cette observation ressemble à la première de Gaillard Thomas, tant par l'existence d'une maladie antérieure que par l'absence de tout rétrécissement du bassin. Cela nous paraît suffisant pour l'exclure de la statistique de la laparo-élytrotomie.

8° Edis non plus n'a fait aucune faute opératoire,

et si sa malade a succombé, c'est qu'elle était considérablement affaiblie par des applications de forceps et surtout par le développement rapide d'un vaste thrombus de la lèvre droite; la laparo-élytrotomie est innocente de cette mort.

9° Enfin, dans l'opération si habilement conduite par Pouillet de Lyon, la mort de la femme n'est pas due à une circonstance dépendant de la laparo-élytrotomie, mais à un malheureux hasard. Au moment de l'extraction de la tête par le forceps, la séreuse péritonéale décollée fut accrochée par l'une des branches de l'instrument et déchirée, l'intestin fit hernie à travers la déchirure, l'opérateur fit la suture du péritoine; néanmoins, il se déclara une péritonite aiguë dont le point de départ fut trouvé au niveau de la déchirure.

Ainsi, le simple examen des faits nous montre, d'une façon des plus nettes, que la laparo-élytrotomie ne peut être considérée comme responsable des mauvais résultats survenus dans les neuf cas que nous venons d'analyser; dans cinq cas, l'état des femmes était déplorable avant l'opération; dans quatre cas, la mort ne peut être attribuée qu'aux fautes ou accidents opératoires et on ne peut pas plus accuser la laparo-élytrotomie de ces insuccès qu'on accuserait l'ovariotomie de la mort d'une opérée chez laquelle le chirurgien aurait extirpé le kyste, fermé la plaie abdominale après avoir oublié une serviette dans la cavité péritonéale.

Du reste, les observations du *second groupe*, qui nous restent à analyser, sont une preuve éclatante de l'exactitude de notre manière de juger les choses.

1° La deuxième opération de Skene fut faite dans de bonnes conditions, 11 heures après le début du travail, l'enfant fut extrait par la version et la durée de l'opération ne dépassa pas 15 minutes. Le succès fut complet pour la mère et pour l'enfant. Cependant, Skene a fait deux petites fautes opératoires : il a fait son incision cutanée trop bas et a blessé l'artère circonflexe, dont l'hémorrhagie fut d'ailleurs arrêtée rapidement ; et en faisant l'extraction trop rapide de l'enfant, il étendit la déchirure du vagin jusqu'à la vessie, d'où résulta une fistule vésico-vaginale ; mais ces fautes opératoires n'ont en rien compromis l'existence de son opérée, et n'ont que très peu influencé la marche normale de l'opération et de ses suites.

2° La troisième opération de Skene est un excellent exemple de la bénignité de la laparo-élytrotomie. Sans doute, l'opérée n'était pas tout à fait épuisée malgré un travail de 4 jours, puisque le pouls était à 96 ; il est vrai de dire que le médecin qui la soignait avait calmé ses douleurs par la morphine ; mais elle n'était pas dans un état bien brillant au moment de l'opération ; elle avait perdu les eaux et l'utérus était contracté, il existait de la fièvre avec 39°. Et cependant, la malade guérit ; et, à défaut de fautes opératoires, Skene avait rencontré des difficultés non inhérentes à l'opération elle-même. La femme avait la cuisse fléchie sur le bassin par une ankylose coxo-fémorale et le champ opératoire était complètement défiguré, qu'on nous passe l'expression, par une pelvi-péritonite chronique adhésive qui avait agglutiné et déplacé les

organes, au point que Skene blessa la vessie située derrière l'angle externe de l'incision abdominale. Et nous ne parlons pas des difficultés que l'opérateur rencontra dans le traitement consécutif de cette femme ignorante, se refusant à suivre les prescriptions de l'homme de l'art, arrachant le drain placé dans la plaie et le vagin pour assurer l'écoulement de l'urine par la fistule vésicale.

3° La deuxième laparo-élytrotomie de Gaillard Thomas fut faite dans de bonnes conditions, 10 heures après le début du travail ; l'extraction d'un enfant vivant et la guérison de la mère couronnèrent ses efforts. Il avait cependant eu, au moment de l'extraction du fœtus, une déchirure de la vessie par extension de la déchirure du vagin ; mais réellement ces fistules vésico-vaginales opératoires ont cela de bon qu'elles ont une tendance à guérir spontanément, quelquefois rapidement, comme dans le cas particulier. L'issue, par la plaie, d'une portion du ligament rond, traitée par la section de cette sorte de corps étrangers, ne retarda que de quelques jours la fermeture de la plaie abdominale.

4° Gillette compte aussi un succès pour la mère ; quant à l'enfant, il était mort depuis quelques jours, et en voie de putréfaction (physométrie) ; l'opérateur ne fit pas de faute grave, et ne déchira pas la vessie ; en revanche, ayant fait son incision cutanée trop bas, il eut une petite hémorrhagie. L'extraction du fœtus mort fut particulièrement difficile, car il y avait une présentation de la face en position mento-iliaque droite et l'utérus

était contracté ; l'opérateur vainquit la difficulté en faisant la craniotomie et l'extraction avec le céphalotribe après débridement du col. Comme suite de l'opération, Gillette eut une suppuration de la plaie, le 5^e jour, et il s'accuse, à ce propos, d'avoir tenté la réunion immédiate, sans s'être assuré, au préalable, par le drainage, de l'écoulement des liquides putrides qui, de l'utérus, pénétraient par la plaie du vagin dans la plaie abdominale. Il est vrai que les accidents se dissipèrent dès qu'il eut drainé la plaie et fait des lavages antiseptiques.

5^o La quatrième opération de Skene est un succès pour la mère et pour l'enfant ; l'opération a été faite dans d'excellentes conditions, après dilatation complète du col. La plaie fut drainée pendant 9 jours ; une fistule vésico-vaginale opératoire se ferma spontanément le 21^e jour.

Ainsi, sur cinq opérations de laparo-élytrotomie faites par Gaillard Thomas, Skene et Gillette dans de bonnes conditions et sans fautes opératoires graves, nous enregistrons cinq succès.

Se trouvera-t-il quelqu'un pour nous objecter que nous en prenons réellement à notre aise, que c'est fort commode d'écarter de la statistique les cas qui lui sont défavorables, de faire un triage des cas heureux, et de baser des conclusions sur ces derniers seuls ? Nous répondrons à notre honorable contradicteur qu'on ne doit pas se méprendre sur notre intention. Nous ne voulons pas escamoter les revers pour faire briller davantage une opération jusqu'à ce jour défavorablement accueillie en Europe. Nous ne voulons pas présenter

une statistique inexacte. Mais nous sommes convaincu qu'on ne peut pas ranger les faits que nous venons d'analyser sur le même plan, qu'on ne peut pas leur accorder une valeur égale, qu'on ne peut pas les classer dans une même statistique, qu'on ne peut pas, dans le nombre seul des succès et des revers, trouver l'expression de la valeur réelle de la laparo-élytrotomie. En agissant ainsi, nous avons voulu affirmer qu'il n'est pas indifférent, qu'il est même absolument nécessaire, pour apprécier cette opération, de tenir compte de ses conditions de succès, et ces conditions, nous le répétons, dépendent du bon état de santé des opérées, de l'absence de fautes opératoires commises, et de l'application au traitement de la plaie de l'antisepsie la plus rigoureuse.

VALEUR EXTRINSÈQUE DE LA LAPARO-ÉLYTROTOMIE. — Pour juger de la valeur extrinsèque de la laparo-élytrotomie, il est nécessaire de comparer ses résultats avec ceux que donnent des opérations similaires, telles que l'opération césarienne et l'opération de Porro, qui, à l'instar de la laparo-élytrotomie, ont pour objectif le salut des mères et des enfants.

1^o *Opération de Porro.* — L'amputation utéro-ovarique ou opération de Porro, inventée pour supprimer la plaie utérine, l'hémorrhagie, la septicémie et la péritonite, et éviter ainsi les dangers si redoutables de l'ancienne opération césarienne, est une méthode encore bien meurtrière. En effet, l'ablation de l'utérus laisse dans l'abdomen un pédicule qui devient, dans bien des

cas, le point de départ d'hémorrhagies, de gangrènes, de septicémie et surtout de péritonite rapidement mortelle. Aussi la mortalité est considérable et atteint 56 p. 100 (Charpentier, statistique de 99 cas), ou même 59 p. 100 (Godson, statistique de 138 cas, citée par Barnes. (*Ann. de Gynéc.* Paris, 1885.)

On pourrait nous objecter que les statistiques de Charpentier et de Godson ne comprennent pas, comme notre statistique de laparo-élytrotomie, des cas triés sur le volet, et que c'est là ce qui fait sa forte mortalité. A cela nous répondrons que sur 31 cas de la statistique de Charpentier (56 décès sur 99 cas) où nous avons trouvé notée la cause de la mort des opérées, 18 fois celle-ci est due à la péritonite, 3 fois à l'hémorrhagie, 2 fois à la septicémie. Or, ces complications sont absolument inhérentes à l'opération de Porro ; 8 fois seulement la mort a été causée par des complications qu'à la rigueur on peut considérer comme indépendantes de l'opération (shock, épuisement, tétanos, thrombose, œdème pulmonaire). Nous pouvons donc affirmer que trois fois sur quatre ou 75 fois sur 100, la mort des femmes ne peut être imputée qu'à l'opération de Porro elle-même.

Ainsi, il est de toute évidence que l'opération de Porro est une opération très meurtrière. C'est donc une opération à laquelle on ne doit recourir qu'en cas de nécessité ; ce n'est pas une *opération de choix*. On comprend dès lors la raison pour laquelle elle n'a pas été partout accueillie avec faveur, et pourquoi elle a même rencontré des adversaires résolus en la personne des gyné-

cologistes de Berlin, de Dresde, de Leipzig, de Stuttgart, etc.

De l'aveu même de ses apologistes, et ceux-ci sont surtout nombreux à Vienne et en Italie, c'est une *opération de nécessité* ; aussi, ne sommes-nous pas surpris qu'en présence de résultats aussi désastreux il se soit trouvé des accoucheurs qui lui préfèrent la céphalotripsie et l'embryotomie, opérations qui sacrifient les enfants, mais qui sont plus conservatrices de l'existence des mères dont la mortalité, au dire de Charpentier et de Maygrier, ne dépasse pas 28 à 40 p. 100, et qui, d'après Barnes (Société de gynéc. anglaise du 13 octobre 1886) (et cela est surtout vrai pour la craniotomie faite dans des conditions favorables, c'est-à-dire en dehors des cas de rétrécissement extrême du bassin qui, de l'aveu de tout le monde, réclament une opération ayant pour but la délivrance au-dessus de l'obstacle) entraînent une mortalité maternelle nulle.

2° *Opération césarienne, méthode de Sänger.* — Il ne saurait être question ici de l'opération césarienne ancienne, dont la mortalité était de 56 à 60 p. 100 (statistique de 4,689 cas recueillis par Charpentier), mais de la moderne, dont la mortalité ne dépasse pas 22,5 p. 100 (7 morts sur 31 cas publiés en juillet 1886).

Il y a quelques années, paraissaient le mémoire de Sänger, de Leipzig (*Zur Rehabilitirung des classischen Kaiserschnittes*; Arch. f. Gynäk., 1882, B^d XIX, H. 3) et celui de Kehler, de Heidelberg (*Ueber ein modificirtes Verfahren beim Kaiserschnitt*; Arch. f. Gynäk., 1882,

B^d XIX, H. 2). Ces gynécologistes proposaient de chercher à obtenir par la double suture utérine et séro-séreuse une réunion, par première intention, de la plaie de l'utérus; de la sorte, on fermait complètement cette plaie opératoire et on évitait l'écoulement, dans le ventre, soit du sang et du pus, soit des lochies, toute communication entre les cavités abdominales et utérines étant abolie par suite de la soudure séro-séreuse parfaitement intime au bout de quelques heures.

C'était un avantage immense : aussi ce mode opératoire fut-il accueilli avec faveur et prit le nom de méthode de Säger.

Nous trouvons dans un mémoire important (*De l'Op. césar. et en part. de l'op. césar. avec double suture de l'utérus, par la méthode de Säger. Ann. de Gynécol.*, 1886), dû à la plume de J. Potocki, interne des hôpitaux de Paris, que, sur 26 opérations césariennes par la méthode de Säger, 19 mères guérissent, soit une mortalité de 26,9 p. 100. A la séance de la Société de Gynécologie anglaise du 13 octobre 1886, le docteur Meadows rapporte que sur 31 opérations de Säger, il y a eu 24 mères et 29 enfants sauvés, soit une mortalité de 22,5 p. 100 et 6,45 p. 100. Et cette mortalité s'abaisse encore, si on ne compte que les 20 opérations pratiquées de juillet 1885 à juillet 1886, où on ne trouve plus qu'une mortalité de 10 p. 100 et 5 p. 100, 18 mères et 19 enfants étant sauvés. Enfin, sur 16 opérations pratiquées par Säger et Léopold, à Leipzig et à Dresde, où la nouvelle méthode a reçu le jour (Potocki, *loc. cit.*), il y eut 15 guérisons pour les mères et 16 enfants

vivants, soit une mortalité invraisemblable et cependant vraie de 6,03 p. 100 et 0 p. 100.

Cette opération, qui semble être l'expression heureuse de l'audace opératoire au service du principe de la conservation en obstétrique, laisse loin derrière elle, par ses succès, l'opération de Porro, dont elle est la condamnation formelle, l'amputation utéro-ovarique devant être réservée à certains cas rares où, pour des raisons spéciales, on ne peut recourir à l'opération césarienne.

Voyons maintenant si la laparo-élytrotomie, en présence de ces succès qui paraissent tenir du prodige, doit s'effacer devant une méthode rivale si avantageuse pour les mères et pour les enfants.

Nous ne le pensons pas; on se rappelle, en effet, que notre statistique comprend cinq laparo-élytrotomies faites dans de bonnes conditions, qui ont donné cinq guérisons pour les mères et quatre enfants vivants, le cinquième étant mort quelques jours avant l'opération, soit une absence complète de mortalité pour les mères et pour les enfants.

Ce résultat paraît, à première vue, de beaucoup supérieur aux résultats de la statistique citée par Potocki; mais pour que les faits soient comparables, il faut qu'ils soient soumis au même procédé d'analyse; nous allons donc appliquer aux opérations de Säger la même méthode qui nous a servi à juger la valeur intrinsèque de la laparo-élytrotomie. Sur les 31 cas publiés jusqu'en juillet 1886, il y a 5 cas où les conditions des opérées étaient défavorables, soit par suite de maladies antérieures à l'opération, soit par suite d'épuisement.

C'est ainsi que l'opérée de Beumer avait une pyélonéphrite double; celle de Garrigues était cachectique et atteinte d'une maladie de cœur; celle de Munster avait une physométrie qui se compliqua d'endométrite et de péritonite septique; celle de Jewett avait un cancer du col utérin et mourut de péritonite septique due à une infection érysipélateuse; celle de Drysdale, atteinte de myome utérin, était plongée dans un état d'adynamie, suite de métrorrhagies. A l'autopsie de toutes ces opérées, la suture séro-séreuse de la plaie utérine fut trouvée en parfait état (Potocki, *loc. cit.*). Elles ont donc succombé à des causes étrangères à l'opération elle-même.

Deux morts cependant constituent le passif de l'opération de Säger; c'est une opérée d'Ehrendorfer et une autre de Léopold; ces opérateurs ont admis que la péritonite trouvée à l'autopsie devait être attribuée au passage du liquide septique à travers de petits pertuis de la suture utérine et séro-séreuse. En déduisant des 31 cas de la statistique les 5 cas dont nous venons de parler, il reste donc 26 cas d'opération de Säger présentant une mortalité de 2 sur 26, soit de 7,6 p. 100.

Ces deux insuccès montrent qu'on n'est pas absolument sûr que la suture séro-séreuse ferme hermétiquement l'utérus et que celle-ci ne peut pas toujours prévenir l'écoulement, dans la cavité péritonéale, des liquides septiques qui se forment dans la cavité utérine ou entre les lèvres de la plaie utérine.

La possibilité de cet accident fera toujours planer au-dessus des femmes opérées par la méthode de Sän-

ger un danger qui n'existe pas dans la laparo-élytrotomie.

Aussi croyons-nous que le jour n'est plus loin où l'on pourra établir, en connaissance de cause, laquelle des trois opérations, de celle de Porro, de celle de Sängér ou de la laparo-élytrotomie, donne le plus de chances de survie à la mère.

En attendant que les observations se multiplient, disons que la laparo-élytrotomie n'a, dès aujourd'hui, rien à envier à l'opération césarienne moderne, ni à plus forte raison à l'amputation utéro-ovarique de Porro.

Jusqu'à présent, nous n'avons examiné la question qu'au point de vue statistique; nous croyons ne pas devoir négliger de l'envisager au point de vue du manuel opératoire; en effet, le plus ou moins de facilité dans l'exécution de méthodes ou procédés opératoires analogues décidera toujours, à valeur égale, de leur choix ou de leur rejet.

Le meilleur moyen de mettre en évidence les facilités ou les difficultés d'une opération, c'est d'en indiquer, dans un tableau succinct, les différents stades; nous allons d'abord donner le manuel opératoire de l'opération de Sängér, puis celui de la laparo-élytrotomie. On pourra juger lequel des deux offre le plus de simplicité.

TABLEAU.

OPÉRATION DE SÆNGER.

1° Préliminaires.	Vider les réservoirs. Raser et désinfecter la paroi abdominale, le pubis et les organes génitaux.
2° Incision sur la ligne blanche de 16 cent. environ de longueur.	Le milieu de l'incision doit se trouver au niveau de l'ombilic.
3° Application de trois sutures d'argent ou de soie à travers la paroi abdominale à sa partie supérieure.	Pour assurer une rapide projection en arrière des parois abdominales sur l'utérus, et empêcher l'hernie de l'intestin. — Elles serviront aussi pour la suture à la fin de l'opération.
4° Redressement de l'utérus qui est ramené par l'aide sur la ligne médiane.	
5° Incision de l'utérus sur la paroi antérieure, la ligne médiane et le tiers moyen : a) <i>In situ</i> ; b) Ou amené au dehors (méthode de Müller).	Dans les cas seulement de putréfaction de l'œuf.
6° Extraction du fœtus.	Facile.
7° Utérus amené hors du ventre.	Application d'une éponge abdominale (ou d'une serviette douce) derrière l'utérus; traction sur les sutures abdominales maintenues à l'aide de pinces à pression.
8° Couché sur une éponge ou sur une serviette douce.	En cas d'hémorrhagie, compression manuelle du segment inférieur de l'utérus et du col.
9° Application du tube en caoutchouc, maintenu serré à l'aide d'une pince fixée au point de croisement.	
10° Attendre l'expulsion spontanée du placenta ou l'extraire avec les membranes.	S'assurer de la perméabilité de l'orifice interne de l'utérus.

LAPARO-ÉLYTROTOMIE.

1° Préliminaires.	Vider les réservoirs. Raser et désinfecter l'aîne, le pubis et les organes génitaux.
2° Incision à 1 ou 2 cent. au-dessus de l'arcade crurale de 15 à 17 cent. de longueur.	Elle s'étendra de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure. Ligature de l'épigastrique.
3° Décollement du péritoine de la fosse iliaque interne avec le doigt.	L'aide soutient le paquet intestinal et maintient en haut la séreuse décollée.
4° Faire saillir, dans le champ opératoire, la paroi latérale du cul-de-sac vaginal.	Se servir d'un doigt, de deux doigts en fourche, d'une sonde en acier, ou d'une branche d'un petit forceps.
5° Incision du vagin (paroi latérale) près de son insertion sur le col.	L'incision doit être faite au-dessus de l'uretère, à moins de 2 cent. au-dessous de l'insertion vaginale.
6° Extraction du fœtus.	Déchirure du vagin transversale ou plutôt oblique, avec le doigt, ou agrandissement de l'incision au bistouri.
	Introduction de la main dans le vagin, le col. Recherche des pieds pour la version.
	Forceps si cela est nécessaire; ne pas précipiter l'extraction, pour éviter la fistule vésicovaginale opératoire.
7° Expulsion du placenta spontanée ou extraction.	Généralement on l'extrait après l'extraction du fœtus.

OPÉRATION DE SÆNGER.

LAPARO-ÉLYTROTOMIE.

11° Saupoudrer de poudre d'iodoforme la cavité utérine et le col.

12° Suture :

a) Préparation : dissection jusqu'à une profondeur de 3-5 millim. de chaque côté. Résection musculaire de 2 millim.

b) Placement des fils : profonds, séro-musculaires, 8 à 10 cent. (argent), superficiels séro-séreux, 20 à 25 (soie).

13° Enlèvement du tube de caoutchouc. Toilette de l'utérus. Plaie utérine saupoudrée d'iodoforme. Renversement de l'utérus dans le ventre

14° Suture profonde et superficielle (argent) de la paroi abdominale.

15° Plaie saupoudrée d'iodoforme, gaze iodoformée, ouate salicylée, bandage de corps.

16° Traitement consécutif aussi simple et aussi peu actif que possible.

A l'occasion, lavage de l'utérus avec la solution phéniquée ou sublimée; irrigation par l'utérus du col et du vagin.

S'abstenir de la préparation si les lèvres de la plaie s'accrochent exactement et si la séreuse n'est pas rétractée.

Éviter la muqueuse. Replier les fils d'argent. Suture de Lembert, renversement modéré de la séreuse.

Au besoin nouvelles sutures aux points qui saignent. Renversement en antéversion de sorte qu'aucune anse intestinale ne puisse s'interposer entre l'utérus et la paroi abdominale. Exercer une compression modérée.

Bandelettes agglutinatives fixées seulement de chaque côté et ne faisant pas le tour du ventre, préférables au bandage de corps, parce qu'elles permettent la distension du ventre (Sænger).

Ou pansement de Lister.

Vessie de glace sur le ventre immédiatement après l'opération.

S'abstenir de faire des injections vaginales tant que le poulx et la température sont normaux; tant qu'il n'y a pas de rétention lochiale.

Dans les premiers jours, opium et glace. (Potocki.)

8° Irrigation antiseptique et toilette de la plaie.

9° Suture métallique de la plaie cutanée.

10° Plaie saupoudrée d'iodoforme, gaze iodoformée, ouate salicylée, spica.

11° Traitement consécutif des plus simples.

On pourra faire un lavage de l'utérus avec la solution phéniquée ou sublimée.

Il faut assurer un drainage parfait de la plaie et du vagin afin que les lochies ne passent pas dans la plaie par l'incision vaginale.

Pansement de Lister.

Injectons vaginales seulement s'il y a de la fièvre de résorption.

Le tableau précédent montre clairement que la laparo-élytrotomie est bien plus facile à exécuter que l'opération de Säger. Sa durée d'ailleurs peut ne pas dépasser 10 à 15 minutes, tandis que la moyenne de la durée de l'opération de Säger est de plus d'une heure. La guérison se fait aussi rapidement dans l'une que dans l'autre opération. Quant à leurs avantages et à leurs inconvénients, ils peuvent tenir dans les considérations suivantes :

Dans l'opération césarienne de Säger, on ouvre le péritoine et l'utérus ; dans la laparo-élytrotomie, on se contente de décoller le péritoine, et on arrive à l'utérus par la voie vaginale ; on peut dire qu'un des grands avantages de cette dernière opération, c'est de ne pas faire de blessure à l'utérus puerpéral.

Dans l'opération de Säger, on n'a à ménager aucun organe ou vaisseau important ; dans la laparo-élytrotomie, il faut éviter de blesser les vaisseaux iliaques et leurs branches, ce qui est facile, ainsi que l'uretère et la vessie.

L'incision de la paroi abdominale n'est pas plus difficile à faire dans l'un que dans l'autre cas.

Si l'ouverture de la cavité péritonéale prédispose à la péritonite, le décollement du péritoine laisse une plaie de la fosse iliaque qui, si le drainage et l'antisepsie n'étaient pas rigoureusement appliqués, pourrait favoriser le développement d'une inflammation du tissu cellulaire et sa suppuration ; cependant, dans aucun cas, nous n'avons trouvé signalées ni la cellulite pelvienne, ni les fusées purulentes.

Nous avons déjà dit plus haut que la suture séro-séreuse de l'opération de Säger n'a pas, dans tous les cas, empêché la péritonite, bien qu'en général elle produise rapidement l'occlusion hermétique de l'utérus; nous ne reviendrons pas sur ce point.

La *réunion par première intention* est une nécessité pour l'opération de Säger; dans la laparo-élytrotomie, il est préférable de ne pas chercher, à tout prix, à obtenir cette réunion immédiate de la plaie abdominale et de se contenter de la *réunion par seconde intention*, qui a, comme principal avantage, de ne pas emprisonner, dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, les liquides d'exsudation parfois mêlés aux lochies venant de l'utérus, par la plaie du cul-de-sac vaginal.

Les séries de résultats heureux obtenus par les deux méthodes prouvent leur excellence, quand elles sont faites dans de bonnes conditions, au début du travail, après des examens aussi rares que possible, en observant une antiseptie rigoureuse.

Ces deux opérations sont des opérations de choix; le chirurgien pourra préférer l'une à l'autre, suivant son tempérament, suivant son expérience de l'opération. Mais, en l'état actuel de la question, on ne peut pas plus rejeter la laparo-élytrotomie qu'on ne peut condamner, à l'heure qu'il est, la méthode de Säger et lui préférer l'embryotomie et la céphalotripsie.

De peur qu'on ne nous adresse le reproche de traiter à la légère la craniotomie et l'embryotomie, naguère encore si en honneur, nous devons exposer notre manière de voir au sujet de ces deux opérations *foeticides*.

Charpentier, qui réunit la statistique de la clinique de la Faculté de Paris aux statistiques de Rigaud et de Stanesco, trouve pour 491 cas une mortalité maternelle de 28.71 p. 100. Dans les rétrécissements du bassin de 7 centimètres et au-dessus, la mortalité oscille autour de 22 p. 100; et Hubert fils, de Louvain, a même publié une statistique où la mortalité des mères, dans ces cas, ne dépasse pas 14.28 p. 100. Dans les rétrécissements de 65 millimètres et au-dessous, la mortalité, au contraire, s'élève à 41.79 p. 100 (Maygrier et Stanesco).

La méthode de Pajot, ou céphalotripsie répétée sans traction, a donné à son auteur 6 succès sur 8 cas, soit une mortalité de 25 p. 100 dans les rétrécissements extrêmes.

Les statistiques des auteurs anglais paraissent très favorables, car la mortalité des mères ne dépasse pas 12.5 p. 100; il est vrai qu'un certain nombre d'entre eux n'appliquent même pas le forceps et emploient d'emblée la céphalotripsie, lorsque l'accouchement n'est pas spontané (Charpentier).

De ce qui précède, il résulte que la mortalité de la céphalotripsie et de l'embryotomie varie (nous excluons la statistique anglaise) dans les limites de 14.28; 25 et 41.79 p. 100, et tous les enfants sont sacrifiés.

En présence de ces chiffres, d'une éloquence funèbre, nous ne pouvons partager l'optimisme de Barnes, de Londres, qui dit textuellement (séance du 13 octobre 1886 de la Société de gynéc. anglaise): « *La craniotomie faite dans des conditions favorables* (moment oppor-

tun, habileté d'exécution) *entraîne une mortalité maternelle nulle.* »

Nous croyons que le vieux principe « *qu'on doit, avant tout, s'efforcer de sauver la mère* », invoqué par les partisans de la craniotomie, doit avoir pour correctif le suivant : « *Il faut s'efforcer de sauver la mère sans sacrifier l'enfant.* »

On a déjà beaucoup fait et on fera certainement beaucoup encore, à l'avenir, pour diminuer les occasions où la craniotomie paraît nécessaire. Sans doute, elle ne doit pas être rejetée systématiquement, et elle pourra être appliquée lorsque les enfants seront morts au moment où l'on sera appelé à intervenir, sauf cependant dans les cas de rétrécissements extrêmes du bassin qui, de l'aveu de tout le monde, réclament la laparotomie et dans les circonstances exceptionnelles où la mère refusera de subir cette dernière opération.

Mais si l'enfant est vivant et si la mère accepte la laparotomie, la craniotomie doit être rejetée, et tout ce que nous avons dit dans notre travail aboutit à cette conclusion qu'il faut dans cette occurrence faire l'extraction de l'enfant par l'opération de Sängér ou la laparo-élytrotomie, opération dont la mortalité est d'ailleurs inférieure à la mortalité de la craniotomie (7.6 et 0 p. 100 au lieu de 25 p. 100 en moyenne).

Nous croyons intéressant de réunir ici, en un tableau, les taux de la mortalité maternelle dans les diverses opérations dont il vient d'être question.

TABLEAU de la Mortalité des mères.

Opération de Porro	56 o/o à 59 o/o	
Opération de Säger	6,3 o/o à 7,6 o/o	
Laparo-élytrotomie	0 o/o	
Craniotomie :		
Rétrécissements au-dessus de 65 millimètres	22 o/o	} Moyenne 25 o/o
— au-dessous de 65 millimètres	42 o/o	
Rétrécissements extrêmes (méthode de Pajot)	25 o/o	
Statistique de Hubert fils, de Louvain	14,28 o/o	

Avant de terminer cette étude, nous désirons répondre à une objection qui pourra nous être faite. Pourquoi, nous dira-t-on, si la laparo-élytrotomie est une opération si avantageuse, si simple, si peu meurtrière, pourquoi n'a-t-elle pas depuis longtemps reçu, de la part des obstétriciens, l'accueil qu'elle mérite, alors que, pendant le même laps de temps, l'opération de Porro et l'opération de Säger suscitaient un enthousiasme qui n'est pas encore près de se calmer ?

Skene, dans une discussion sur la laparo-élytrotomie, à la « Medical society of the County of Kings », en octobre 1882, croit trouver la raison de l'indifférence du public obstétrical dans ce fait que la laparo-élytrotomie ressemble beaucoup plus, par son procédé opératoire, à une opération chirurgicale qu'à une opération obstétricale ; qu'en conséquence, elle n'était pas faite pour séduire d'emblée des hommes qui, rendus habiles dans la pratique journalière des opérations qui ressortissent à l'art des accouchements, éprouvent parfois quelque répugnance à tenter des opérations de chirurgie ordinaire.

Nous ne croyons pas que tel est le vrai motif ; pour nous, il doit être recherché dans la pénible impression

qu'a laissée le souvenir des premières laparo-élytrotomies de Ritgen et de Baudelocque.

Quoi qu'il en soit, nous sommes d'avis que le moment est venu de donner à cette opération la place d'honneur qui lui revient parmi les méthodes obstétricales modernes.

Inutile de dire que Skene est resté un enthousiaste de la laparo-élytrotomie qu'il a pratiquée trois fois avec succès.

Nous avons été curieux de connaître quelle est actuellement l'opinion de notre excellent maître, M. Gailard Thomas, sur la laparo-élytrotomie qu'il n'a plus tentée depuis 1878, parce qu'ayant renoncé à la pratique obstétricale, pour se livrer plus particulièrement à la gynécologie, il n'a plus rencontré l'occasion de faire l'opération qu'il a cependant eu le mérite d'avoir remise en honneur.

Voici la lettre que notre maître nous a adressée, le 12 mars 1887, et que nous avons dû traduire de l'anglais :

« CHER DOCTEUR CLARKE,

« Dans une lettre que je reçois à l'instant, vous me demandez mon opinion actuelle relative à la laparo-élytrotomie, opération que j'ai présentée comme destinée à être substituée à l'opération césarienne ou autres analogues qui ont pour but la délivrance d'un enfant vivant, dans le cas de rétrécissement du bassin.

« Voici ma réponse : Je regarde cette opération comme bien supérieure, à tous égards, à l'opération césarienne

et à celle de Porro. Certains motifs l'ont empêchée d'être adoptée en Europe; elle n'a pas été appréciée comme elle le méritait, tantôt condamnée, tantôt accueillie sous toutes réserves. Je suis cependant convaincu qu'elle finira par passer dans la pratique. Jusqu'alors son unique tort est d'avoir été jugée avec des vues théoriques et de n'avoir pas été consacrée par l'expérimentation clinique. Les objections qu'on a faites contre elle sont basées sur des présomptions que ne justifie pas l'expérience. N'est-ce pas d'ailleurs au nom du même principe, indigne de l'esprit scientifique qui doit animer la génération actuelle, que l'ovariotomie, l'opération de la fistule vésico-vaginale et tant d'autres actuellement en honneur, ont été, il y a de cela peu d'années, condamnées sans autre forme de procès?

« Cordialement à vous,

« T. GAILLARD THOMAS.

« New-York, 12 mars 1887. »

Nous voici arrivé à la fin de notre travail; le but que nous cherchons à atteindre est de contribuer, selon les vœux de notre maître, à faire mieux apprécier une opération que nous croyons excellente. Nous nourrissons le secret espoir que nos confrères en obstétrique ne répondront pas à notre appel par une fin de non-recevoir.

Ainsi que le pense M. Gaillard Thomas, cette manière d'agir ne serait pas scientifique.

L'histoire de la chirurgie abdominale est là qui nous

apprend que les verdicts des plus grandes autorités scientifiques ont été bien souvent cassés par les résultats positifs obtenus par l'expérience ultérieure.

L'opération césarienne, si souvent condamnée par les hommes de l'art, ne s'en porte pas plus mal pour cela aujourd'hui, et sa réhabilitation est un fait accompli.

Quand on a proposé l'ovariotomie, l'hystérectomie, la laparotomie, la castration de la femme, l'incision abdominale exploratrice, ne s'est-il pas, au début, élevé de toutes parts des protestations indignées contre le prurit opératoire, contre la témérité des chirurgiens avides de renommée? Et quand le succès indispensable à toute méthode chirurgicale nouvelle ne venait pas couronner les efforts de l'opérateur, c'était, disait-on, la faute de l'opération.

Dieu merci ! il nous semble que ces temps sont loin de nous, quand nous voyons avec quel soin attentif, avec quel intérêt, avec quelle impartialité, sont jugés, à l'heure présente, les nouvelles méthodes et les nouveaux procédés chirurgicaux.

C'est peut-être ce qui encourage à tenter l'irréalisable certains esprits inquiets et audacieux.

Mais le discrédit jeté sur les abus de la chirurgie ne doit pas rejaillir sur les opérations sérieuses, sur les méthodes vraiment scientifiques. D'ailleurs le nom des opérateurs qui préconisent une nouvelle opération n'est-il pas, sinon un garant absolu de succès, du moins un encouragement à les suivre dans leur tentative généreuse ?

La laparo-élytrotomie, dont le sort périclita entre les

maines débiles de Ritgen et de Baudelocque qui eut à lutter à la fois contre les difficultés du manuel opératoire encore mal connu et contre les détracteurs de la nouvelle opération, et qui cependant resta, jusqu'à la fin, convaincu de l'excellence de cette méthode opératoire, la laparo-élytrotomie, disons-nous, aspire, à présent, à un avenir brillant et définitif qu'elle atteindra prochainement, nous osons l'espérer.

Déjà en 1877, M. Budin, professeur agrégé à la Faculté de Paris, s'est constitué son avocat, à une époque où les travaux de mes maîtres de New-York sur cette question étaient presque ignorés en France.

Et récemment, M. J. Poulet, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, parlait en termes favorables et avec conviction, malgré l'insuccès de son opération, de cet « *accouchement hypogastrique* », bien plus facile à faire et beaucoup moins grave que l'opération de Porro.

Nous espérons que l'accoucheur de Lyon sera plus heureux une autre fois, et qu'alors il sera suivi par ses compatriotes ; c'est sur ce vœu que nous terminons.

Si cette modeste étude pouvait avoir quelque influence sur la reprise d'une méthode obstétricale injustement délaissée, nous nous trouverions largement récompensé du travail que nous avons dû nous imposer, à un âge où l'on n'a plus l'ardeur de ses premières années, pour ajouter à notre titre de docteur du Collège des médecins et chirurgiens de New-York, dont nous sommes fier, celui très précieux, pour nous, de docteur en médecine d'une Faculté française.

CONCLUSIONS

1° La laparo-élytrotomie consiste dans la section de la paroi abdominale et de la partie supérieure du vagin. Elle a pour but de permettre l'extraction de l'enfant par le col utérin, dans le cas où il existe une cause de dystocie dans l'excavation pelvienne, sans qu'on soit obligé d'inciser le péritoine et l'utérus.

2° La laparo-élytrotomie a été pratiquée avec succès par des chirurgiens de New-York, les professeurs Gaillard Thomas, A. Skene et le Dr Gillette.

3° La laparo-élytrotomie est une méthode opératoire qui évite des dangers inévitables avec l'opération césarienne ancienne, et même avec l'opération de Säger (hémorrhagie placentaire et péritonite).

4° Le petit nombre de cas ne permet pas d'établir une statistique; cependant, sur cinq cas pratiqués dans de bonnes conditions, il y eut cinq succès. Les six cas de mort de notre tableau ne peuvent en effet être imputés à l'opération elle-même. Ces opérations, dans ces six cas, ont été faites sans intention de sauver les mères mourantes ou après que d'autres méthodes opératoires avaient déjà été appliquées sans succès et que les femmes étaient épuisées par la longueur du travail, ou avaient succombé à un accident opératoire dont le procédé ne peut pas être rendu responsable.

5° Dans l'état actuel de la science, avec les dernières statistiques de l'opération césarienne modifiée par Säger, on peut hésiter pour l'adoption de l'une ou l'autre méthode; cependant, un résultat capital est obtenu dans

la laparo-élytrotomie, c'est qu'on n'ouvre ni le péritoine ni le corps de l'utérus.

6° La laparo-élytrotomie, comme, et peut-être mieux que l'opération de Säger (l'avenir l'apprendra), est une opération de choix, dans le cas de rétrécissement du bassin. Elle laisse loin derrière elle les opérations qui tuent le fœtus (embryotomie, craniotomie, céphalotripsie) dans les rétrécissements moyens et extrêmes du bassin.

7° Elle réalise le but que doit poursuivre l'obstétricien : sauver l'enfant sans compromettre l'existence de la mère.

8° Elle est généralement facile à faire ; les difficultés que l'on a rencontrées jusqu'à ce jour tiennent, pour l'opération, à la flexion par ankylose des cuisses sur l'abdomen et à une pelvi-péritonite antérieure, et, pour l'extraction du fœtus, à l'écoulement des eaux qui rend la version et l'application du forceps difficiles.

9° Il faut opérer au début du travail, quand la dilatation du col est complète.

10° Il faut sectionner le vagin, au-dessus de l'uretère, le plus près possible de son insertion sur le col.

11° Pendant l'opération, on n'a pas à craindre l'hémorragie par lésion de vaisseaux importants. Il faudra éviter, par une incision oblique du vagin et l'extraction non précipitée de l'enfant, l'extension à la vessie de la déchirure vaginale.

12° Les suites de l'opération ne sont pas graves, si on a soin d'appliquer rigoureusement les règles de la méthode antiseptique et le drainage de la plaie.

BIBLIOGRAPHIE

- JÖRG (Handbuch 1833 et Kilian, *Op. Geburtshülfe*, vol. II, p. 715).
- RITGEN. *Die Anzeigen d. mech. Hülfe*, 1820. (*Neue Zeitsch. f. Geb.* 1840.)
- PHYSICK, de Philadelphie, 1822 (in *Dewees' Midwifery*, traité d'accouchement de Dewees, p. 507).
- BAUDELOQUE neveu (Mém. de 1824 et 1844).
- BUDIN (Progr. méd. 1877). *Opération césarienne et gastro-élytrotomie*.
- MASSON. *Gastro-élytrotomie* (Thèse Paris, 1878).
- T. GAILLARD THOMAS. *Laparo-elytrotomy* (*Americ. Journ. of Obstet.* vol. XI, n° II, avril 1878).
- T. W. HIME. *A case of Laparo-elytrotomy*. (*The Lancet*, vol. II, nov. 1878.)
- EDIS. *A case of Laparo-elytrotomy* (*Brit. med. journ.*, nov. 1878).
- T. EVERETT. *A case of extirpation of calcified fibroid of uterus by Laparo-elytrotomy*. (*Amer. journ. of obst.*, oct. 1879. Extirpation d'un fibrome utérin au moyen de la laparo-élytrotomie.)
- R. J. KINKEAD, Dublin. *Craniotomy and its alternatives: cesarean section, laparo-elytrotomy, and Porro's operation*. (Dublin, *Journal of med. science*, may 1880.)
- W. R. GILLETTE. *A successful case of Laparo-elytrotomy*. (*Amer. journ. of obstetr.*, vol. XIII, n° 1, january 1880.)
- A. S. CLARKE, de Brooklyn. *Laparo-elytrotomy*. *Rep. of. obst. comm. Discus.* : Westbrook, Skene, Jewett (*Proceedings of. the med. soc. of the county of Kings*, nov. 1882).
- TAYLOR. *Rep. of a case of gastro-elytrotomy oper. by Dandridge*. (Congrès de l'Association médicale américaine, 6 juin 1883, à Cleveland.)
- H. J. GARRIGUES. *Remarks on Gastro-elytrotomy*. (*Amer. journ. of obst.*, vol. XVI, n° I, january 1883.)
- Quant aux statistiques de l'opération césarienne, de l'opération de Porro, de la craniotomie et céphalotripsie, elles sont tirées du *Traité pratique d'accouchements* de A. Charpentier (tome II, 1883).
- POLK. *Cons. anat. sur l'utérus gravide, à propos de la laparo-élytrotomie*. (*N. Y. med. journ.*, may 1882, p. 449-454, et may 1884.)
- SKENE. *A successful case of Laparo-elytrotomy*. (*Annals of Surgery*, vol. I, n° I, january 1885.)
- J. POULLET. *Exposé des titres scientifiques*. Lyon, 1886. *Laparo-élytrotomie*.
- POTOCKI. *De l'Opération césarienne et en partic. de l'op. cés. avec double suture de l'utérus par la méthode de Sänger*. (*Annales de gynéc.*, mars, avril, mai, juin 1886.)
- LUSK. *Traité d'obstétrique* (traduit par Lutaud, 1886).
- RICARD. *Considérations anatomiques*. (*Semaine médicale*, 1887.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction	5
Division et plan du sujet	7
Historique	8
Observations. 1 ^{re} série	13
2 ^e série.	16
3 ^e série.	34
Considérations anatomiques	55
Considérations cliniques.	77
Conclusions.	105
Index bibliographique	107
Tableau.	

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Nancy, le 19 avril 1887.

Le Recteur,

E. MOURIN.

VU PAR LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

Nancy, le 19 avril 1887.

A. HERRGOTT.

NANCY. — IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C^{ie}.
